



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Viriketoiminnan vaikutus muistiterveyteen

Kuiro, Riitta

Westman-Kia, Tiina

2015 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

## Viriketoiminnan vaikutus muistiterveyteen

Kuiro, Riitta  
Westman-Kia, Tiina  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2015

Kuiro, Riitta ja Westman-Kia, Tiina

### Viriketoiminnan vaikutus muistiterveyteen

Vuosi	2015	Sivumäärä	58 + 4 liitettä
-------	------	-----------	-----------------

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, mikä on kohdeorganisaatioksi valitun Vihdin Vanhainkotiäitiön palvelutalo Hopearinteen viriketoiminnan lähtötilanne sekä minkälaista merkitystä henkilökunta kokee viriketoiminnalla olevan omassa työssään ja asukkaiden arjessa. Tavoitteena oli lisätä tietoisuutta viriketoiminnan vaikutuksista sekä eri käyttömahdollisuuksista ja innostaa henkilökuntaa hyödyntämään virikkeitä.

Viriketoimintaa voidaan toteuttaa monin eri muodoin, mutta tässä opinnäytetyössä tuodaan esille viriketoiminnan muodoista musiikki, muistelu sekä lusikka suuhun -jumpa laajan soveltavuutensa vuoksi. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin kahdessa osassa. Ensin selvitettiin palvelutalo Hopearinteen viriketoiminnan nykytilaa. Toisessa vaiheessa selvitettiin henkilökunnan kokemuksia viriketoiminnasta ja viriketoiminnan vaikutuksista asukkaisiin.

Aineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella sekä viriketoiminnan seuranta- ja arviointilomakkeella. Vastajina olivat osastojen henkilökuntaan kuuluvat. Vastaukset analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Nykytilanteesta nousi esiin, että viriketoimintaa toteutettiin kahdella osastolla spontaanisti työn lomassa esimerkiksi rupatteleamalla hoitotilanteissa. Yhdellä osastolla oli lukujärjestys viriketuokioista. Viriketuokioiden seuranta- ja arviointi-vastauksista heijastui selkeästi toiminnan tuottama mielihyvä. Mielihyvää koki sekä viriketoiminnan vetäjä huomattaessaan tuokion positiivisen vaikutuksen asukkaisiin että asukas saadessaan olla mukana toiminnassa. Vastaajien mukaan viriketoiminnalla on piristävää ja innostava vaikutus ja se tuo odotettua vaihtelua päiviin.

Johtopäätöksinä voitiin esittää, että viriketoiminnan merkitys on sekä vanhukselle että työntekijälle tärkeää. Työntekijälle se antaa työpäivään mielekkyyttä ja edistää näin esimerkiksi työhyvinvointia. Vanhukselle se taas antaa eväitä toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä tuo hyvän olon ja mielen. Viriketoiminta tulisi nähdä osana kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Yhtenä jatkotutkimusmahdollisuutena voisi selvittää hoitoalan opiskelijoilta, kokevatko he koulutuksen valmistavan heitä riittävästi käyttämään viriketoimintaa hoitotyössä.

Asiasanat: viriketoiminta, muistiterveys, muistisairaus.

Kuiro, Riitta & Westman-Kia, Tiina

### **The Influence of Recreational Activity on Memory Health**

Year	2015	Pages	58 + 4 appendices
------	------	-------	-------------------

The purpose of the thesis was to investigate the starting level of recreational activities, and their significance, in the everyday life of both staff and residents in the chosen target organization, Vihti Nursing Home Foundation's Hopearinne care home. The aim was to increase awareness of both the influences of recreational activities and opportunities for their use, and to inspire staff members to utilize them.

Recreational activities can take many forms, but this thesis highlights music, reminiscence and spoon-to-mouth exercise due to their broad applicability. The study was conducted in two steps using qualitative methods. First the current state of recreational activities at Hopearinne care home was investigated. Then, staff members' experiences with the activities and their influences on residents were investigated.

The data was collected with questionnaires including open questions, and with a form for monitoring and evaluating recreational activities. The participants were members of staff from different wards. The responses were analyzed through the method of content analysis. Considering the current state, it was found that in two wards recreational activities were performed spontaneously alongside work, for example by chatting while performing nursing duties. One ward had a timetable for recreational moments. The responses on the forms for monitoring and evaluating recreational activities reflected clearly the pleasure brought by these activities. The pleasure was felt both by the activity leader observing the positive influences the moments have on the residents, and by the residents themselves, for being able to participate in the activities. According to the respondents, recreational activities are seen to have a refreshing and invigorating effect, as they bring awaited variation to their days.

According to the results, the significance of recreational activity is important to both the elderly person and the staff member. For the staff member, it brings meaning to the working day and therefore increases wellbeing at work. For the elderly, in turn, it provides an opportunity to maintain function and brings a good feeling and mood. Recreational activity should be seen as a part of holistic nursing.

One topic for further study could be to ask current nursing students, whether they experience their education provides them sufficient abilities to use recreational activities in nursing.

Keywords: recreational activities, memory health, dementia.

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Muisti .....	7
2.1	Muistiterveys ja sen edistäminen.....	8
2.2	Muistisairaudet ja dementia .....	11
2.2.1	Alzheimerin tauti.....	13
2.2.2	Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) .....	14
2.2.3	Lewyn kappale -tauti .....	15
2.2.4	Otsa-ohimolohkorappeumat .....	15
2.2.5	Muita muistiin vaikuttavia sairauksia .....	15
2.3	Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita .....	16
3	Viriketoiminta, toimintakyky ja kuntoutus .....	17
3.1	Kuntouttava työote ja viriketoiminnan suunnittelu.....	19
3.2	Aistit.....	21
3.3	Muistelu, musiikki ja lusikka suuhun-jumppa viriketoimintana .....	22
3.3.1	Muistelu .....	23
3.3.2	Musiikki.....	26
3.3.3	Lusikka suuhun -jumppa .....	27
4	Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus.....	28
4.1	Opinnäytetyön toteutusympäristö.....	29
4.2	Opinnäytetyön eteneminen .....	30
4.3	Aineistonkeruumenetelmä.....	31
4.4	Opinnäytetyön aineiston analyysi .....	35
5	Opinnäytetyön tulokset .....	38
6	Pohdinta .....	41
6.1	Opinnäytetyön eettisyys .....	42
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	44
6.3	Johtopäätökset .....	47
6.4	Lopuksi .....	49
	Lähteet .....	50
	Kuviot .....	57
	Liitteet.....	58

## 1 Johdanto

Viriketoiminnalla voidaan ylläpitää henkilön fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia sekä emotionaalisia taitoja (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 99). Viriketoiminnalla aktivoidaan ihmisen toimintaa ja sen tarkoituksena on ennaltaehkäistä ja korjata mielekkään sekä aisteja aktivoivan toiminnan puutteesta johtuvia sairauden oireita (Tinell 2001, 96). Näin ollen virike-toiminta on tärkeä vaikuttaja ikääntyneiden elämänlaadun sekä hoitotyön laadun parantamisessa. Viriketoiminta tuo sisältöä arkeen sekä auttaa hahmottamaan omaa itseään ja ympäristöään. Hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa viriketoiminta myös työssä käytettävänä voimavarana. (Aejmelaeus ym. 2007, 99-101.)

Muistiterveys on aivojen hyvinvointia, johon monet asiat vaikuttavat. Aivojen hyvinvointiin vaikuttavat elintavat, kuten ruokavalio, liikunta, stressi ja päihteiden käyttö. Aivojen terveyttä lisäävät riittävä uni, säännöllinen liikunta ja aivojen aktivointi esimerkiksi sosiaalisella kanssakäymisellä. (Muistiliitto ry. 2014.) Aivoille pitää lisäksi tarjota virikkeitä, jotta niillä on mielenkiintoista tekemistä (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2008, 22).

Vuosittain muistisairausdiagnoosin saa noin 13 000 suomalaista ja sairastuneiden määrä kasvaa nopeasti. Muistisairaus heikentää toimintakykyä vähitellen, mutta mielekkäällä viriketoiminnalla on mahdollista ylläpitää sairastuneen jäljellä olevia voimavaroja ja kykyjä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 61-65.) Muistisairaana toimintakyvyn laskua voidaan ehkäistä muun muassa viriketoiminnalla (Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder 2014, 8).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kohdeorganisaatioksi valitun Vihdin Vanhainkotisäätiön palvelutalo Hopearinteen viriketoiminnan nykytilaa sekä henkilökunnan näkemiä viriketoiminnan vaikutuksista omassa työssään ja asukkaiden arjessa musiikin, muistelun ja lusikka suuhun -jumpan kautta. Tavoitteena oli lisätä tietoisuutta viriketoiminnan vaikutuksista sekä eri käyttömahdollisuuksista ja innostaa henkilökuntaa hyödyntämään virikkeitä.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena kahdessa osassa. Ensimmäisessä osassa kartoitettiin palvelutalo Hopearinteen viriketoiminnan nykyistä tilaa ja henkilökunnan kokemuksia siitä kyselylomakkeen avoimien kysymyksien avulla. Toista osaa varten viriketoiminnan kohteeksi valittiin musiikki, muistelu ja lusikka suuhun -jumppa, joiden vaikutuksia tutkittiin tätä varten suunnitellun seuranta- ja arviointilomakkeen avulla. Tämä viriketoiminta antoi palvelutalon asukkaille mahdollisuuden ottaa osaa muistiterveyttä ylläpitävään toimintaan ja näin edistää toimintakyvyn säilymistä.

Opinnäytetyön aihe valikoitui oman mielenkiinnon ja aiheen ajankohtaisuuden vuoksi. Aihe on kiinnostava ja viime vuosina siitä on tehty useita tutkimuksia erilaisista näkökulmista. Aihe on myös ajankohtainen, sillä suuret ikäluokat ovat ikääntymässä ja yhteiskuntamme hoidon sekä kuntoutustyön laadun merkitys on korostunut (Hallikainen & Nukari 2014, 15). Oma suhde tutkittavaan asiaan perustui mielenkiintoon muistisairauksien ennaltaehkäisyä ja toimintakyvyn ylläpitämistä kohtaan.

Tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat muistiterveys, muistisairaus ja viriketoiminta. Muistiterveys pitää sisällään useita eri käsitteitä. Tässä työssä muistiterveyttä tutkitaan palvelutalossa asuvilla ikäihmisillä. Tämän vuoksi tietoa on haettu myös sanoilla muistisairaus sekä dementia. Käsitteellä muistisairaus tarkoitetaan opinnäytetyössä kaikkia eriasteisia muistiongelmia. Käsite dementia liittyy tai sisältyy muistisairauksiin. Tässä opinnäytetyössä viriketoiminnalla tarkoitetaan hoitohenkilökunnan ohjaamaa toimintaa, jonka tavoitteena on tukea asukkaan selviytymistä ja hyvinvointia.

## 2 Muisti

Muistin avulla on mahdollista painaa mieleen uusia asioita, pitää ne mielessä ja tarvittaessa palauttaa ne mieleen. Muistin avulla on mahdollista selviytyä itsenäisesti elämässä ja oppia uutta. Muisti voidaan jaotella sekä lyhyt- että pitkäkestoiseksi, mutta myös tietoiseen tai tiedostamattomaan muistiin. (Alhainen, Erkinjuntti & Rinne 2006, 13-14.)

Muisti rakentuu useista erilaisista muistijärjestelmistä eli muistitoiminnoista, osavaiheista ja erilaisista muisteista. Lyhytkestoisen muistin kapasiteetti on rajallinen ja tieto säilyy siellä vain muutamia sekunteja. Sensorinen muisti tarkoittaa aistimuistia tai kaikumistia ja se on ajallisesti lyhytkestoista, sillä aistimukset kuten näkö-, haju-, kuulo- ja tunto esiintyvät vain hetken eräänlaisina heijastumina aistielimissä. Aistimuistiin tallentuu muun muassa tuoreita koettuja aistimuksia, jotka helpottavat ajan, paikan ja oman itsensä tiedostamisessa. Pitkäkestoinen muisti säilöo tiedon pidemmäksi ajaksi ja tarvittaessa se on palautettavissa mieleen. Muistin ansiosta ihmisellä on kyky oppia uusia tietoja ja taitoja sekä tallettaa kokemuksia läpi elämän. Muistiin painettu tieto voi olla sanallista tai kuvallista. Mieleen palauttamisen yhteydessä tarvittava asia poimitaan pitkäkestoisesta muistista lyhytkestoiseen muistiin, jossa se on valmis tarkasteltavaksi ja käytettäväksi. (Alhainen ym. 2006, 14-15.)

Muisti on luokiteltavissa myös deklaratiiiviseen, non-deklaratiiiviseen ja prospektiiiviseen muistiin. Deklaratiiivinen muisti on ihmisen säilömuistin osa, johon tallentuvat erilaiset tiedot ja tapahtumat sekä asiat, jotka voidaan tietoisuudella tavoittaa. Deklaratiiivinen muisti muodostuu semanttisesta sekä episodisesta muistista. Semanttinen muisti tarkoittaa tietomuistia eli ympäröivää maailmaa ja episodinen muisti tarkoittaa tapahtumamuistia, johon tapahtumat ja

kokemukset tallentuvat. Non-deklaratiivinen muisti on tiedostamattoman pitkäkestoisen muistin osa ja siihen pohjautuu erilaisten taitojen sekä toimintatapojen muistaminen. Prospektiivinen muisti tarkoittaa tulevaisuuteen suuntautuvaa muistia ja siihen pohjautuu tulevien asioiden suunnittelu. (Alhainen ym. 2006, 15-16.)

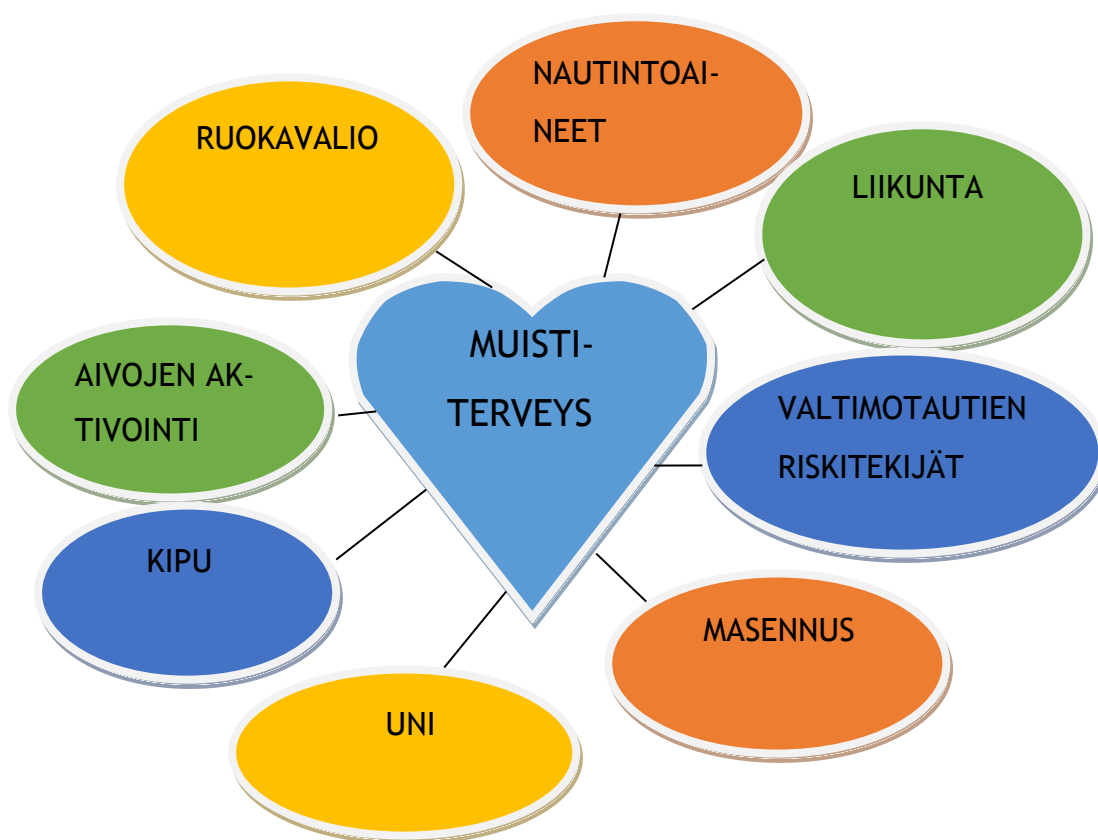
Muistaminen on dynaamista, mikä tarkoittaa, että mieleen painamisen, mielessä säilyttämisen ja mieleen palauttamisen vaiheet toimivat joustavasti keskenään. Muistiin tallennetut asiat eivät vain säily muistissa, vaan muokkautuvat myös sisällöltään lukuisten tekijöiden seurauksena. Mieliala, motivaatio ja vakiintuneet taidot vaikuttavat muistin toimintaan. (Alhainen ym. 2006, 16-18.)

## 2.1 Muistiterveys ja sen edistäminen

Muistiterveys on aivojen hyvinvointia. Aivojen hyvinvointi liittyy suurelta osalta elintapoihin. Terveellinen ja monipuolinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, riittävä uni sekä päihteetön elämäntapa ovat eduksi aivojen hyvinvoinnille. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 138.) Aivoterveystyö huolehtiminen kuuluu myös nuorille, ei vain vanhuksille (Härmä & Granö 2010, 76). Esimerkiksi Alzheimerin taudin aivomuutokset voivat alkaa kehittymään jo 20 -30 vuotta ennen taudin diagnosointia. Muistisairauksien ehkäiseminen elintavoilla tulisi aloittaa mahdollisimman varhain, jotta niiden vaikutukset olisivat mahdollisimman hyödyllisiä. Esimerkiksi keski-ikässä terveellisten elintapojen noudattaminen vähentää dementiaan sairastumisen riskiä myöhäisessä. (Soininen & Kivipelto 2010, 448-449.)

Monet asiat vaikuttavat muistiterveyteen. Aivot tarvitsevat ravinteita ja happea toimiakseen hyvin. Niitä täytyy suojata ja kehittää käyttämällä niitä monipuolisesti. Niiden hyvinvointiin vaikuttavat elintavat, kuten ruokavalio, liikunta, stressi ja päihteiden käyttö. Aivojen terveyttä lisäävät riittävä uni, liikunta ja aivojen aktivointi sosiaalisella kanssakäymisellä. (Muistiliitto ry. 2014.) Aivot tarvitsevat virikkeitä ja mielenkiintoista tekemistä. Sen sijaan liiallinen stressi, huolet ja murheet ovat rasite aivoille ja niillä on muistia heikentävä vaikutus. Muisti toimii aivoissa ja pitämällä huolta aivoistaan, huolehtii samalla muististaan sekä ehkäisee muistisairauksia (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2008, 22). Suurimpia riskitekijöitä muistisairauksille ovat korkea verenpaine, korkea kolesterolia ja diabetes. Ne kaikki lisäävät mahdollisuutta sairastua aivoverenkiertohäiriöön, joka on riski muistiterveydelle. (Härmä & Granö 2010, 83.) Kuvioon 1 on koottu muistiterveyteen vaikuttavia elintapatekijöitä.





Kuvio 1: Yhteenveto muistiterveyteen liittyvistä elintapatekijöistä (Muistiliitto ry. 2014)

Liikunnalla on terveyttä edistävän vaikutuksen lisäksi todettu olevan vaikutusta muistiterveydelle. Säännöllisen liikunnan harrastaminen keski-ikässä, vähintään kaksi kertaa viikossa ja vähintään 30 minuuttia kerrallaan, on todettu alentavan riskiä sairastua Alzheimerin tautiin sekä dementiaan myöhemmällä iällä. (Rovio ym. 2005.) Vähäisen liikkumisen aiheuttama lihavuus sekä keskivartalolihavuus lisäävät riskiä sairastua myöhemmällä iällä dementiaan. (Jen-Hau, Kun-Pei & Yen-Ching 2009, 754-764).

Ravinnon runsaalla tyydyttämättömien rasvojen käytöllä on todettu olevan Alzheimerin taudilta tai dementialta suojaava vaikutus. Vastaavasti tyydyttyneiden rasvojen runsas käyttö keski-ikässä lisää riskiä sairastuvuuteen ja kognitiiviseen heikentymiseen. Runas kalan syöminen vaikutti kognitiivisten toimintojen säilymiseen positiivisesti. (Lee ym. 2010.) Sydän- ja verisuonielimistön terveyteen epäedullisesti vaikuttavat korkeat kolesterolin ja verenpaine-arvot ovat myös etenevän muistisairaouden riskitekijöitä (Härmä, Hänninen & Suhonen 2010, 98-99).

Tiedollista toimintakykyä lisää ja ylläpitää aivojen käyttö monin eri tavoin (Härmä ym. 2010, 98-99). Soinisen ja Kivipellon (2010) mukaan koulutus ja opiskelu ovat aivoja vahvistavaa toimintaa, mikä vaikuttaa synapsien määrän lisääntymiseen aivoissa. Tällöin dementiaoireiden ilmaantuminen ei ole niin näkyvää. (Soininen & Kivipelto 2010, 453.)

Myös vapaa-ajalla ja työssä aivojen aktivoiminen monipuolisesti on hyväksi aivoille, unohtamatta sosiaalisen verkoston positiivista vaikutusta muistiterveydelle (Soininen & Kivipelto 2010, 453). Aivojen aktivointia on parhaimmillaan vilkas sosiaalinen elämä sekä kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa. Muistia käytetään keskusteluissa ja siinä yhdistyy aivoille monta hyödyllistä tekijää. Muistia tarvitaan lähiaikojen muistelemisessa sekä tulevaisuuden suunnitelmassa. (Härmä & Granö 2010, 89.)

Mielenterveysongelmista etenkin masennus vaikuttaa alentavasti ihmisen toimintakykyyn, muistiin sekä ongelmanratkaisutaitoihin. Masennus lisää Alzheimerin tautiin ja dementiaan sairastumisen riskiä yli 50 %:lla. (Härmä ym. 2010.)

Aivojen toiminnalle tärkeää on riittävä lepo ja uni. Väsyneet aivot altistavat helpommin tekemään virheitä. Satunnaiset huonosti nukutut yöunet alentavat suorituskkyä väliaikaisesti, mutta pitkään kestänyt unettomuus heikentää kognitiivisia ja psykomotorisia taitoja. Uni parantaa keskittymiskykyä ja muistijälkien muodostumista etenkin vanhemmalla iällä. (Tamminen & Solin 2013, 41.)

Muutoksia aivoihin voi aiheuttaa myös alkoholin runsas käyttö. Noin puolella alkoholin suurkuluttajista on tiedollisia muutoksia ja joka 10. kärsii dementiaan liittyvistä oireista. Alkoholin käytöstä johtuvat kaatumiset, lyönnit ja kolhut altistavat aivovammoille sekä runsaasta alkoholin käytöstä johtuva puutteellinen ravitsemus lisää kognitiivisen toimintakyvyn heikkene- mistä. (Härmä ym. 2010.) Tupakointi aiheuttaa myös muutoksia aivoihin ja heikentää kognitiivista toimintakykyä sekä aiheuttaa dementiaoireita (Härmä & Granö 2010, 92-93). Tupakan sisältämä nikotiini on myrkyllistä aivoille, koska se saa aikaan pysyviä muutoksia hermosoluissa. Aivojen hapensaanti vaikeutuu tupakoinnin johdosta, millä on vaikutusta aivojen ja muistin toimintakykyyn. Tupakoinnin myötä LDL-kolesterolin pitoisuus veressä nousee, mikä lisää esimerkiksi aivoinfarktin riskiä. (Härmä ym. 2010.)

Jatkuva, pitkäaikainen kipu vaikuttaa psyykkiseen toimintakykyyn alentavasti. Vaikeaoireinen kipu pitkään jatkuessaan heikentää elämänlaatua ja aiheuttaa toimintakyvyn laskua. (Härmä ym. 2010.)

Yhteenvetona voidaan siis todeta, että terveelliset elämäntavat, kohtuullinen alkoholinkäyttö, pään vammoilta suojaaminen ja toimiva sosiaalinen verkosto sekä henkinen aktiivisuus

vaikuttavat suotuisasti muistisairauksien ehkäisyssä. Terveellisillä elintavoilla ja riskitekijöitä vähentäen voidaan ennaltaehkäistä muistisairauksia sekä parantaa aivoterveyttä. (Soininen & Kivipelto 2010). Yksikin riskitekijä vähemmän pienentää myöhäisiän muistisairauden riskiä (Härmä & Granö 2010, 83).

Tässä opinnäytetyössä muistiterveyden edistämisen tavoitteena on antaa palvelutalo Hopea-rinteen asukkaille mahdollisuus ottaa osaa muistiterveyttä ylläpitävään toimintaan. Terveysten edistäminen on tavoitteellista toimintaa, joka mahdollistaa terveyden ja hyvinvoinnin sekä sairauksien torjumisen. Terveysten edistämistä voidaan tarkastella promotiivisesta ja preventiivisestä katsantokannasta. Savolan, Pelto-Huikon, Tuomisen ja Koskinen-Ollonqvistin mukaan promotiivisellä toiminnalla pyritään vaikuttamaan ennen ongelmien ja sairauksien syntyä, preventiivisellä sen sijaan pyritään sairauksien ennaltaehkäisyyn ja riskitekijöiden minimoimiseen. Toiminnan seuraukset ovat havaittavissa yksilön, yhteisön ja koko yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Savola, Pelto-Huikko, Tuominen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 6.)

## 2.2 Muistisairaudet ja dementia

Normaaliin ikääntymiseen liittyy asioiden mieleen painamisen ja niiden mieleen palauttamisen muutoksia. Oppimiskyky ja tiedonkäsittely kuitenkin säilyvät. Muistisaira voi olla vaikea hahmottaa itseään ja ympäristöään, koska kognitiiviset toiminnot, etenkin muisti, on häiriintynyt. (Alhainen ym. 2006, 23-28.) Muistisairaus on tila, jossa muisti, kielelliset toiminnot, näönvarainen hahmottaminen ja toiminnanohjaus heikkenevät (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 19).

Aiemmin käytettiin sanaa dementia puhuttaessa etenevistä muistisairauksista. Nykyisin termin dementikko tilalle on otettu sana muistisairas. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 9-13.) Dementia ei ole yksittäinen sairaus, vaan se on oireyhtymä, jonka aiheuttajana voi olla erilaisia aivomuutoksia ja siihen liittyy lisäksi laajempi henkisten toimintojen ja muiden aivo-toimintojen heikentyminen. (Erkinjuntti 2001, 89.) Muistisairaalla esiintyy usein myös aivojen muiden alueiden toiminnan häiriöitä, kuten afasiaa, apraksiaa ja agnosiaa. Afasia on kielellinen häiriö, joka vaikeuttaa puheen tuottamisesta ja ymmärtämistä. Apraksia taas vaikeuttaa toimintakykyyn ja vaikeuttaa motorisista toiminnoista, kuten pukeutumisesta suoriutumista. Agnosia vaikeuttaa hahmottamista ja aiheuttaa tunnistamisongelmia. Ihminen on kykenemätön tunnistamaan kasvoja tai esineitä normaaleista aisteistaan huolimatta, mikä aiheuttaa eksymisiä aluksi oudossa ympäristössä ja myöhemmin myös tutussa paikassa. (Sulkava 2001, 72; Suomen dementiahoitoyhdistys ry 2004, 11-12.)

Dementiassa orientoituminen paikkaan, aikaan ja henkilöihin on hämärtynyt. Tyypilliset ensioireet ilmenevät uuden oppimisen ja mieleen palauttamisen kykyjen heikentymisessä. De-

mentia vaikuttaa myös päättelykyvyn sekä toiminnanohjaukseen. Suunnitelmallisuus ja kokonaisuuden hahmottamiskyky heikkenevät: muistisairas kuljeskelee levottomasti, järjestelee tavaroitaan ja availee kaappeja. Touhuamisen yhteydessä hän saattaa kadottaa tavaroitaan ja näin tapahtuessa voi tulla varastamisepäilyjä ja epäluuloisuutta. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 55; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 102-104.)

Dementiaan liittyy muistihäiriön lisäksi myös muiden aivotoimintojen heikentyminen, mikä vaikuttaa itsenäiseen selviytymiseen heikentävästi esimerkiksi työssä tai sosiaalisissa tilanteissa sekä muissa arjen toiminnoissa (Erkinjuntti 2006, 94). Tavallisimpia häiriöitä ovat puhehäiriö (vaikeus löytää sanoja, puheen ymmärtäminen vaikeutuu) ja heikentynyt havainnointikyky. Vaikeuksia voi olla myös esineiden tai asioiden tunnistamisessa ja liikkeiden ja liikesarjojen suorittamisessa. Dementia vaikeuttaa arkipäivästä suoriutumista ja lopuksi itsenäinen elämä ei suju ollenkaan. Yleisimmin dementia aiheuttajana on etenevä muistisairaus. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 54, Koivisto 2004, 45.)

Yleensä ikääntynyt huomaa itse lievätkin muistipulmansa, mutta muistisairas ei aina pysty huomaamaan muistihäiriöitä itse, vaan läheiset ihmiset kiinnittävät niihin huomiota (Alhainen ym. 2006, 23-28). Alkavaa muistisairautta voi olla vaikea erottaa normaaliin ikääntymiseen liittyvistä kognitiivisista muutoksista (Hänninen & Soininen 2006, 82).

Lähes neljännesmiljoonalla suomalaisella on jokin muistiin liittyvä häiriö. Kognitiivinen toiminta on lievästi alentunut melkein 130 000 suomalaisella (Käypä hoito -suositus 2010b). Suomessa on arvioitu olevan lähes 100 000 keskivaikeasti tai vaikeasti ja 35 000 lievästi dementoitunutta ihmistä. Jokin muistisairaus todetaan yli 13 000 suomalaisella vuosittain. (Pitkälä ym. 2013, 12.) Muistihäiriöiden ja dementia esiintyvyys lisääntyy iän myötä siten, että ikäryhmässä 30 - 64-vuotiaat esiintyvyysprosentti on 0,26 %, 65 - 74-vuotiaat 4,2 %, 75 - 84-vuotiaat 10,7 % sekä yli 85-vuotiaat 35 % (Sulkava 2003, 74). Miehillä sairauden ilmaantuvuus on suurempi kuin naisilla, mutta iäkkäimpien sairastuneiden joukossa on lukumääräisesti enemmän naisia, mikä johtuu naisten pidemmästä eliniästä (Fratiglioni ym. 2000; Knopman, Richie, Polge, Alafuzoff & Soininen 2002).

Muistisairauksien yleistymisen on muodostumassa suureksi ongelmaksi sosiaali- ja terveysalalla. Toimintakykyä ylläpitävä ja osallistava arki ovat kuntouttavan hoidon kulmakiviä. Niiden kuuluu olla elämän ja hoidon lähtökohta sairauden toteamisesta saattohoitovaiheeseen asti. Tällä hetkellä ollaan sitä mieltä, että etenevää muistisairautta sairastavan ihmisen kuntoutumista tukee parhaiten ympäristö, jossa on otettu huomioon muistisairaana suoriutumisen- ja osallistumismahdollisuudet sekä hänen omat jäljellä olevat voimavaransa. (Mäkinen, Kruus-Niemelä & Roivas 2009, 9-11.)

Voidaanko muistisairauksia ehkäistä? Vuonna 2005 muistisairauksien hoidon kokonaiskustannukset kohosivat Suomessa noin neljään miljardiin euroon. (Martikainen, Viramo, & Frey 2010, 37.) Koska muistisairauksiin ei ole parantavia hoitomuotoja, korostuu ennaltaehkäisevien ja sairauksien etenemistä hidastavien hoitojen merkitys. Esimerkiksi Alzheimerin taudin ilmaantumisen viivästäminen viidellä vuodella, puolittaisi taudin yhteiskunnalle aiheuttaman taloudellisen rasituksen yhdessä sukupolvessa. (Erkinjuntti & Koivisto 2006, 58.) Uusien käypä hoito-suositusten vuodelta 2010 mukaan suurta osaa muistisairauksista ei tunnisteta. Muistisairaahan hoitotyössä painottuvat muistioireiden syiden selvittäminen, yksilöllinen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman luominen. (Käypä hoito -suositus 2010, 2-3.)

Yleisimpiä sairauksia, jotka aiheuttavat dementiaa ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset dementiat, Lewyn kappale -tauti sekä otsalohkoa vaurioittavat dementiat. Nämä ovat 95 % syynä dementiaan. (Viramo & Sulkava 2001, 24 - 26.) Lisäksi muita muistihäiriöitä aiheuttavia sairauksia ovat muun muassa Huntingtonin tauti, Creutzfeldt-Jacobin tauti, Parkinsonin tauti, alkoholidementia, hyvänlaatuiset aivokasvaimet, B-vitamiinien puutos, vaikea anemia, kilpirauhasen ja lisäkilpirauhasen toiminnan häiriöt. (Sulkava 2001, 81-83.)

Muistihäiriöitä aiheuttaa siis neljä erilaista tekijää: paikallinen vaurio aivoissa, metaboliset (aineenvaihdunnalliset), neuronaaliset (hermostoperäiset) sekä toiminnalliset häiriöt. Etenevien muistisairauksien tavallisimpia aiheuttajia, jotka johtavat dementiaan, ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset (verisuoniperäiset) dementiat, Lewyn kappale -tauti (aivokuoren hermosolujen sisäiset patologiset muutokset) ja frontotemporaaliset degeneraatiot (otsaohimolohkorappeumat). (Erkinjuntti 2006, 78-79.)

### 2.2.1 Alzheimerin tauti

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti (AT). Sen osuus on 70 % kaikista etenevistä muistisairauksista. Alzheimerin tauti alkaa kaikessa hiljaisuudessa ja etenee hitaasti. Se vaikuttaa vähitellen yksilön muistiin, ajatteluun, toimintakykyyn ja käyttäytymiseen. Sairaus diagnosoitetaan yleensä vasta, kun se on jo aiheuttanut aivomuutoksia useiden vuosien ajan. Alzheimerin tauti on yleensä ikäihmisten sairaus (65 vuodesta eteenpäin), mutta sitä esiintyy myös työikäisillä. Arvioidaan, että joka kymmenes yli 85-vuotias sairastaa Alzheimerin tautia. (Erkinjuntti ym. 2006, 49.) Selkeästi periytyvä alttius Alzheimerin tautiin on voitu osoittaa henkilöillä, joiden lähisuvussa on enemmän kuin yksi tautiin sairastunut. Tutkimukset ovat kuitenkin myös osoittaneet, että AT:a voi ennaltaehkäistä. AT:n etiologiaan oletetaan vaikuttavan moninaiset tekijät, kuten perinnöllinen taipumus, psykososiaalinen ympäristö, ravitsemus, vaskulaariset (verisuoniperäiset) ja inflammatoriset (tulehdukselliset) tekijät. Ennaltaehkäisyssä korostuvat terveelliset elintavat, henkinen aktiivisuus ja pään vammoilta suoja-

minen. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 122, 448-453.) Altistavia tekijöitä ovat myös ikä ja naissukupuoli 75 -ikävuoden jälkeen sekä alhainen koulutustaso (Sulkava 2001, 76).

Alzheimerin tauti ilmenee etenevänä muistin sekä yleisen toimintakyvyn heikkenemisenä (Shigeta & Homma, 2007, 333). Alzheimerin taudin edetessä siihen liittyy erilaisia käytöshäiriöitä. Esimerkiksi mieliala voi olla masentunut, ahdistunut, levoton tai aggressiivinen. Fyysisinä oireina esiintyy painon laskua, virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyyttä ja myöhemmissä vaiheissa lisäksi raajojen jäykkyyttä sekä kävelyvaikeutta. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 86-87.)

### 2.2.2 Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (VCI)

Vaskulaarinen kognitiivinen heikentymä (vascular cognitive impairment) on muistin sekä tiedonkäsittelyn heikentymä, jonka aiheuttaa aivoverenkiertosaigus. Kyseessä on heterogeeninen oireyhtymä, mihin liittyy monen tyyppisiä vaskulaarisia tekijöitä ja aivomuutoksia sekä näistä syistä johtuvia toisistaan poikkeavia kliinisiä oireita. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142.) Verisuoniperäistä muistisairautta sairastavien osuus kaikista dementiaa sairastavista on noin 20 prosentin luokkaa (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90). Vaskulaarista dementiaa aiheuttavat aivojen verenkierron ongelmat ja valkean aineen vaurioituminen. Oireet, yöllinen sekavuus, masennus ja kävelyvaikeudet, muistuttavat Parkinsonin taudin oireita. Pään kuvantamistutkimukset helpottavat oikean diagnoosin tekemistä. Sairaudelle altistavat korkea verenpaine, sydämen rytmihäiriöt, diabetes ja sukurasaite. (Sulkava 2001, 77-78.)

VCI:n alatyypeistä puhutaan pienten suonien taudista (subkortikaalinen tauti), suurten suonien taudista (kortikaalinen tauti eli moni-infarkti tauti) ja kognitiivisesti kriittisellä alueella sijaitsevan infarktin (strategic infarct) aiheuttamista tiloista. Aivoverenkierron sairaus lisää huomattavasti kognitiivisten oireiden ja dementian riskiä. Se on merkittävä iäkkäämpien ihmisten keskuudessa ja on mahdollisesti yleisin etenevän muistisairauden alatyypit tulevaisuudessa. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142.)

Verrattuna Alzheimerin tautiin VCI:ssä kognitiiviset taidot ja sairaudentunto säilyvät pidempään kuin Alzheimerin taudissa. Vaskulaarisella dementialla sen sijaan on nopeampi vaikutus liikuntakyvyn heikkenemiseen kuin Alzheimerin taudissa. Yli 85-vuotiailla esiintyy vaskulaarisen dementian ja Alzheimerin taudin sekamuotoja. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90; Sulkava 2001, 77.)

### 2.2.3 Lewyn kappale -tauti

Muistisairauksista kolmanneksi eniten dementiaa aiheuttaa Lewyn kappale -tauti, jonka osuus on 10 - 15 % kaikista muistisairauksista. Taudin ensioireet puhkeavat yleensä 60 - 65 vuoden iässä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90.) Lewyn kappaleilla tarkoitetaan hermosolun sisällä olevia, vahingollisia jyväsiä aivokuorella ja aivorungossa. Sairaus on usein vaikeasti tunnistettava. Kuvantamistutkimuksilla kuten tietokonetomografia- (varjoainetutkimus) ja magneettikuvauksella (aivojen viipalekuvaus) ei päädytä suoraan sairauden diagnoosiin. (Sulkava 2001, 79-81.)

Lewyn kappale -taudin oireisiin kuuluvat älyllisen toimintakyvyn heikkeneminen ja tarkkaavaisuuden ja aktiivisuuden vaihtelu etenkin väsyneenä. Oireisiin kuuluvat myös näköharhat, aggressiivisuus ja Parkinsonin taudin piirteitä. Dementiaoireet lisääntyvät sairauden edetessä, mutta Alzheimerin tautiin verrattuna oppimiskykyä ja lähimuistia voi olla huomattavasti enemmän jäljellä. Sairaudesta huolimatta huumorintaju säilyy yleensä hyvänä. Keskustelu onnistuu sairastuneen kanssa melko asiallisesti ja vaikka sanoja ei enää tulisikaan, ei sairastuneen ymmärryksessä ole vikaa. Yleensä Lewyn kappale -tauti ei ole perinnöllinen. (Sulkava 2001, 79-81; Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 93-94.)

### 2.2.4 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeuma kattaa ryhmän oireyhtymiä, joille on ominaista aivojen toiminnan heikkeneminen ja sitä kautta esille tuleva oireisto. Keskeistä on persoonallisuudessa ja käyttäytymisessä ilmenevät muutokset. Muisti on sairauden alussa paremmin säilynyt. Sairaus voi alkaa 45 - 65 ikävuoden välillä ja keskimääräinen sairastavuus kestää 8 vuotta. Sairaus alkaa hiipivästi ja etenee vähitellen. Sairastuneilla esiintyy estottomuutta, tahdittomuutta ja arvoskelukyvyttömyyttä. (Rinne & Remes 2010, 165-171.) On tärkeää ottaa huomioon, että sairastunut ei itse tiedosta sopimatonta käytöstään (Sulkava 2001, 82; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 92-93). Toisaalta myös aloitekyvyttömyys ja apatia kuuluvat oirekuvaan. Sairaudella on havaittu olevan selkeä perinnöllinen taipumus. (Rinne & Remes 2010, 165-171.) Sairaus latistaa tunne-elämää, mikä ilmenee välinpitämättömyytenä ja vaikeutena tehdä suunnitelmia. Aloitekyvyn heikentyessä sairastunut saattaa istua paikallaan tekemättä mitään. Vaikeudet puheen tuottamisessa sairauden edetessä voivat lopulta johtaa puhumattomuuteen. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 93-94.)

### 2.2.5 Muita muistiin vaikuttavia sairauksia

Parkinsonin taudin syy on toistaiseksi tuntematon, tautia esiintyy keski-ikäisistä vanhuksiin. Tauti on etenevä liikehäiriösairaus, jonka oireisiin kuuluvat lepovapina, liikkeiden hidastumi-

nen ja tietynlainen lihasjäykkyys. Myöhemmässä vaiheessa voi esiintyä puheen tuottamisen vaikeutta, nielemisongelmia, syljen valumista sekä muistihäiriöitä. (Atula, 2013.) Oireiden aiheuttajana on väliaivojen (mustatumake) hermosolujen tuhoutuminen vähitellen. Oireet alkavat vähitellen ja lisääntyvät ajan kuluessa. Dementian yleisyys on noin 30 - 40 %, mutta seurantatutkimukset ovat osoittaneet dementian kehittyvän jopa 80 % sairastuneista. Lisäksi neuropsykiatrisissa tutkimuksissa on sairastuneilla voitu todeta muistihäiriöitä jo sairauden alkuvaiheessa. (Rinne 2010, 172-174.)

Prionitaudit ovat ryhmä harvinaisia neurodegeneratiivisia eli hermostoa rappeuttavia sairauksia, jotka etenevät nopeasti. Ne voivat ilmetä sporadisina eli satunnaisina, perinnöllisinä ja infektiivisinä. Prionitaudit ovat kuolemaan johtavia, mutta pitkät, jopa kuukausista vuosikymmeniin kestävät itämisajat ovat niille tyypillisiä. Tunnetuin ja tavallisin tämän ryhmän sairauksista on Creutzfeldt-Jakobin tauti. (Paetau, Kovanen, Haltia & Kalimo 2010, 179-183.)

Normaalipaineinen hydrokefalia eli aivo-selkäydinnestekierron häiriö on melko harvinainen. Tyypillinen oirekuva kattaa kävelyvaikeuden, etenevän toimintakyvyn ja älyllisen toimintakyvyn heikentymisen ja virtsankarkailun. Puolella tapauksista syy-yhteys löytyy altistavasta tekijästä, kuten aivovammasta tai aivoverenvuodosta. Muista tapauksista selvää altistavaa tekijää ei pystytty osoittamaan eli syy on idiopaattinen. Oireyhtymään liittyy aivokammioiden koon kasvu ilman, että kallonsisäinen paine olisi merkittävästi kohonnut. Suntin eli nesteen kehon osasta toiseen siirtämisen mahdollistava keinotekoinen venttiilin asettaminen paineen säätelyyn on lievittänyt oireita huomattavasti yli puolella sairastuneista. Leikkauskomplikaatioiden sekä turhien sunttileikkauksien välttämiseksi pitäisi kuitenkin ensin varmistua diagnoosista. (Savolainen, Leinonen & Koivisto 2010, 185-190.)

CADASIL-tauti (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy) on geenimutaation aiheuttama tila, joka voidaan diagnosoida geenitutkimuksen lisäksi myös ihokudosnäytteen perusteella. Oireina esiintyy aurallista migreeniä, pienten suonten aivoinfarkteja, mielialamuutoksia ja henkisen suorituskyvyn heikkenemistä. Toistuvien aivoverenkierron häiriöiden esiintyminen alkaa 35 - 60 vuoden iässä. Kudostuho aiheuttaa aluksi kognitiivisten toimintojen heikkenemisen, muistin heikkeneminen tapahtuu vasta myöhemmin. Toistaiseksi tautiin ei ole olemassa täsmähoitoa. (Viitanen, Pöyhönen, Roine, Tuisku, Kalimo & Baumann 2010; 198-205.)

## 2.3 Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita

Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita esiintyy jopa 90 %:lla muistisairaista (Koponen & Saarela 2006, 501). Muistisairailla esiintyviä häiritseviä psykologisia oireita, kuten masennus ja ahdistuneisuus sekä muutokset käyttäytymisessä, esimerkiksi vaeltelu ja yliseksuaalisuus, kutsu-



taan käytösoireiksi. Muistisairaahan hoidossa käytösoireet koetaan hyvin kuormittaviksi omaisten ja hoitajien mielestä. (Eloniemi-Sulkava & Vataja 2007, 73-76.) Käytöshäiriöistä johtuen sosi-aali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö sekä laitoshoidon tarve kasvaa (Koponen & Saarela 2006, 501).

Muistisairaahan käytösoireiden syntymiseen vaikuttavat hänen peruspersoonallisuutensa, suhteet läheisiin ja hoitohenkilökuntaan, yleinen terveydentila, käytössä oleva lääkitys, hoitoympäristö sekä muistisairauteen liittyvät neurobiologiset tekijät. Kaikissa dementoivissa sairauksissa esiintyy käytösoireita ja joissakin ne luetaan osaksi sairauden diagnostisia kriteereitä. Yleisimpiin käytösoireisiin kuuluvat lisäksi apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, muutokset persoonallisuudessa ja uni-valverytmin häiriöt. (Eloniemi-Sulkava & Vataja 2007, 73-76.)

Muistisairaahan käytösoireita ei aina tarvitse hoitaa yksinomaan lääkkeillä. Nykylääkityksellä pystytään vain hidastamaan sairauden oireiden etenemistä, mutta toistaiseksi ne eivät paranna sairautta, joten tarvitaan myös ei-farmakologisia terapiamuotoja. (Mangialasche ym. 2010, 702.) Joskus ympäristön virikkeiden lisääminen tai liiallisten virikkeiden karsiminen riittävät (Alhainen ym. 2006, 133). Muistisairaahan edetessä taidot hankkia ja saada virikkeitä ympäristöstä heikkenevät ja sen lisäksi hoitoympäristöt ovat usein virikkeettömiä. Virikkeiden merkitys muistisairaiden hyvinvoinnille on kuitenkin ehdoton, sillä niiden on todettu kohentavan mielialaa ja helpottavan arkipäivän toimintoja. (Topo 2003, 41.)

Lääkkeettömällä kuntoutuksella tarkoitetaan muistisairaahan tarpeista huolehtimista tarkoituksen mukaisesti ja hänen perusteettoman rajoittamisen sekä avuttomuuden korostamisen välttämistä. Yksilön jäljellä olevaa toimintakykyä voidaan tukea vaikuttamalla hoitoyhteisöön ja ympäristöön. Lääkkeettömissä kuntoutusmuodoissa muistisairaahan hyvinvointiin ja toimintakykyyn on mahdollista vaikuttaa sekä vuorovaikutuksen että ympäristön välityksellä. Käytöshäiriöihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi tunne-, muistelu- ja viriketoiminnan sekä käyttäytymisterapioiden sovellusten, ryhmätoimintojen sekä tilanteen mukaan toteutetun ongelmanratkaisun tukemisella ja omaisille suunnatuilla tukitoimilla. (Koponen & Saarela 2006, 501-502.)

### 3 Viriketoiminta, toimintakyky ja kuntoutus

Viriketoiminta on aktivoivaa toimintaa, jonka tavoitteena on ennaltaehkäistä sekä korjata mielekkään ja aisteja aktivoivan toiminnan puutteesta johtuvia sairauden oireita (Tinell 2001, 96). Viriketoiminta on yhden tai useamman henkilön aktivoimista mielekkään toiminnan välityksellä ja sen tavoitteena on edistää ja ylläpitää muistisairaahan toimintakykyä. Viriketoiminta

on merkityksellistä ja sen voidaan katsoa olevan yksi muistisairaahan erikoishoidon osa-alue, joka ei ole korvattavissa toisilla hoidon osa-alueilla. (Heimonen & Voutilainen 2001, 96.)

Viriketoimintaa tutkineen ja kehittäneen Airi Airilan (2000) mukaan viriketoimintaa on keskustelupohjainen toiminta, hengellinen toiminta, harrastustoiminta/luova toiminta, aivovoimistelu, virkistystoiminta, kädentaidot, kotityöt, liikunnallinen toiminta sekä mikä tahansa muu toiminta, josta henkilö nauttii (Airila 2000). Riippumatta dementiaan vaikeusasteesta muistisairaat hyötyvät erilaisista viriketuokioista (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 88).

Airi Airilan (2009) mukaan viriketoiminnalle tulee aina asettaa muitakin tavoitteita kuin pelkkä ajankulu. Kuntouttavan viriketoiminnan psyykkisenä tavoitteena on muun muassa vanhusten aivotoimintojen, kuten esimerkiksi muistin, keskittymisen ja päättelyn aktivoiminen, sekä vanhusten itsetunnon, identiteetin ja itsensä toteuttamisen tukeminen. Psyykkisenä tavoitteena on rohkaista vanhuksia käyttämään vielä olemassa olevia kykyjä ja taitoja, auttaa heitä erilaisten tunnetilojen käsittelemisessä ja purkamisessa sekä antaa elämälle sisältöä ja siten virkistää heidän mieltään. Sosiaalisena tavoitteena kuntouttavalla viriketoiminnalla on sosiaalisten taitojen lisääminen ja vuorovaikutuksen helpottaminen. Sosiaalisena tavoitteena on myös antaa vanhuksille mahdollisuus kuulua johonkin ryhmään, nauttia yhdessäolosta ja tulla kuulluksi. Fyysisenä tavoitteena on tukea liikuntakyvyn säilymistä ja säilyttää muitakin päivittäisessä elämässä tarvittavia taitoja. (Airila 2009, 10.)

Muistisairaahan toimintakyvyn edistämisen tavoitteena on muistin aktivoituminen, selviytyminen jokapäiväisissä toiminnoissa sekä osallistuminen vaihtelevaan toimintaan ja tekemiseen sekä sosiaalisen verkoston luomiseen ja ylläpitämiseen. Muistisairaahan inhimillinen arki ja hyvä elämä ovat toimintakyvyn edistämisen tavoitteena. Päivittäiset virikkeet mahdollistavat muistisairaahan omatoimisuuden ja toimintakyvyn säilymisen mahdollisimman pitkään. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 221.)

Ihmisen ollessa toimintakykyinen hän suoriutuu päivittäisistä toiminnoistaan kaikilla elämän osa-alueilla, niin fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Yhden alueen muutoksella on vaikutusta myös kaikkiin muihin alueisiin. Fyysisen toimintakyvyn koheneminen lisää ihmisen osallistumisintoa, joka vaikuttaa sosiaaliseen toimintakykyyn positiivisesti. Psyykkinen toimintakyky mahdollistaa elämän suunnittelemisen ja vastuunottamisen omasta elämästään ja omista valinnoistaan. Sosiaalinen toimintakyky määrittää ihmisen kykyä solmia ihmissuhteita. Kognitiiviset taidot paljastavat ihmisen kyvyn ottaa vastaan tietoa, käsitellä sitä sekä muodostaa erilaisia käsityksiä ympäröivästä maailmasta. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13; Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 20.)

### 3.1 Kuntouttava työote ja viriketoiminnan suunnittelu

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan dementoituvien parissa työskentelevien uudenlaista hoitotapaa ja asennetta, jossa korostuu muun muassa dementoituvan säilyneiden toimintakyvyn alueiden ja voimavarojen tukeminen ja ylläpito. Kuntouttavassa työotteessa tunnistetaan ja huomioidaan myös heikentyneet ja menetetyt toimintakyvyn alueet sekä voimavarat. (Lundgren 2000a, 13-17.)

Kuntouttavan työotteen merkitys pitäisi olla kaikilla hoitajilla tiedossa, jotta he voisivat tukea muistisairaana pärjäämistä sekä tämän omia voimavaroja. Jokaisessa työyhteisössä pitäisi sopia, mitä kuntouttava työote kyseisessä työyhteisössä tarkoittaa ja miten se ilmenee päivittäisessä hoitotyössä. (Winblad & Heimonen 2004, 81.) Kuntoutumista edistävän hoitotyön pyrkimyksenä on muistisairaana voimavarojen ja toimintakyvyn tukemisen lisäksi parantaa tämän elämänhallinnan tunnetta (Heimonen & Voutilainen 2006, 58). Hoitotyössä viriketoiminta tulisi mieltää yhtä tärkeäksi toiminnaksi kuin esimerkiksi perushoito ja lääkehoito. Hoitohenkilökunnan toteuttamana viriketoiminnan tavoitteen voidaan nähdä olevan yksilön toimintakyvyn tukemista ja mahdollisesti myös sairaudesta toipumisen edistämistä. Viriketoiminta tulisi nähdä osana kokonaisvaltaista ja terveyttä edistävää hoitotyötä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 25.)

Maailman terveysjärjestön, WHO:n kehittämän voimavarakeskeisen ICF-luokituksen (International Classification of Functioning) mukaan sosiaalisuus ja toimintakyky ovat vuorovaikutusta ihmisen ja ympäristön välillä. Sairaus tai muu terveydentilaa muuttava ongelma vaikuttaa toimintakykyyn, mikä aiheuttaa aktiivisen osallistumisen vähenemisen ja avun tarpeen lisääntymisen. Pelkistetysti toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen pärjäämistä päivittäisistä toimitaan fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13; Lyyra & Tiikkainen 2008, 60-61.)

Mielekkäällä toiminnalla on mahdollista kohentaa muistisairaana toimintakykyä ja elämänlaatua. Sairaus aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä vähitellen. Siitä huolimatta sairastuneelle olisi hyvä luoda tilaisuuksia hänen jäljellä olevien voimavarojensa ja kykyjensä käyttämiseen, jotta hän voisi kokea onnistumisen ja nautinnon tunteita. Viriketoiminnan tulisi olla muistisairaana toimintakyvyn huomioivaa, mikä vaatii ohjaajalta taitoa voimavarakeskeiseen ajatteluun, kykyä luovuuteen ja joustavuuteen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 43.) Kuntoutuksen käsitteeseen liitetään useimmiten ajatus nykytilan kohentamisesta. Kuntoutusta pidetään tuloksellisena silloin, kun sairastuneen toimintakyky tai vointi paranee. Kuntoutuminen ei dementoituvien kohdalla tarkoita tilan paranemista. (Koskisuu & Granö 2006, 7.)

Muistisairaahan hyvä ravitsemustila on edellytys toimintakyvyn ylläpitämiselle ja edistämiseksi. Ikääntyvien ihmisten ravitsemustilan arviointiin kehitettyä MNA-testiä (Mini Nutritional Assessment) voidaan käyttää arvioimaan ja tunnistamaan muistisairaahan ravitsemustilaa ja sitä kautta tunnistaa ne muistisairaajat, jotka ovat vaarassa virhe- ja aliravitsemukselle tai jotka joutuvat kärsivätkin niistä. Ravitsemuksen merkitys pitäisi nähdä yhtä tärkeänä kuin lääketieteellinen hoito. (Eloniemi-Sulkava 2007, 57.)

Viriketuokioita voidaan järjestää sekä yksilö- että ryhmätasolla. Ryhmätasoiset tuokiot lisäävät yhteisöllisyyttä ja antavat tunteen osallisuudesta. Jokainen osallistuja ottaa osaa toimintaan omalla tavallaan ja omien kykyjensä mukaan. Ryhmätasoiseen tuokioon voi osallistua myös sivusta seuraamalla olematta varsinaisesti toiminnassa aktiivisesti mukana. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63-64.) Ryhmätilanteissa pitäisi huomioida osallistujien sairauden vaikeusaste, jotta kukaan ei tuntisi itseään ahdistuneeksi jouduttuaan liian vaativaan tai liian lapselliseen ryhmään. Tällöin viriketoiminta ei vastaa muistisairaahan tarpeita. (Lundgren 1998, 126.)

Dementiaa sairastavien ryhmätoimintaa suunniteltaessa on tärkeää huomioida, että ryhmän jäsenet ovat suunnilleen samassa dementian vaiheessa. Jos jäsenet ovat kovin eritasoisia, voi toiminta olla jollekin liian lapsellista ja jollekin liian haastavaa. Dementoituneiden ryhmäkoon tulee olla pieni. Mitä pidemmälle dementia on edennyt, sitä pienempiä ryhmien tulee olla. Maksimi ryhmäkokoo on kuusi dementoitunutta kahta ohjaajaa kohden. (Aremyr 1992, 91-92.) Ryhmiin voi osallistua sivustakatsojana tai aktiivisesti toimintaan osallistuvana. Tärkeää on arvostaa jokaista ryhmään osallistujaa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 42.)

Muistisairaahan toimintakykyä voidaan tukea viriketoiminnalla sekä kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä. Toimintakyky -käsite on määriteltävissä voimavaralähtöisesti, olemassa olevan toimintakyvyn mukaan tai havaittuna toimintakyvyn vajeena. (Heimonen & Voutilainen 2006, 24.) Tässä opinnäytetyössä tarkoitamme viriketoiminnalla hoitohenkilökunnan itsenäisesti tai ohjattuna toteuttamaa toimintaa, jonka tavoitteena on tukea asukkaan selviytymistä ja hyvinvointia.

Doris Pierce esittää vaihtoehdon jakaa toiminnot toiminnallisen kokemuksen mukaan mielihyvään, tuotteliaisuuteen ja vahvistavuuteen. Nämä ovat yksilön toiminnallisia kokemuksia, joten niistä voidaan puhua myös toiminnan omakohtaisina, subjektiivisina ulottuvuuksina. (Pierce 2000, 45.) Yksilölliset kiinnostuksen kohteet vaikuttavat siihen, mikä saa henkilön toimimaan ja kiinnostumaan tietyistä toiminnoista. Piercen kehittelemä malli jaetaan kolmeen osa-alueeseen: vahvistavuuteen (Restoration), mielihyvään (Pleasure) ja tuotteliaisuuteen (Productivity). Ne kaikki yhdessä saavat aikaan toiminnan vetoavuuden (Appeal). Silloin kun jokin tekeminen voimistaa ihmisessä vahvistavuuden, mielihyvän ja/tai tuottavuuden tunteen, toiminta koetaan vetoavana. Nämä voivat ilmetä myös yhtäaikaaisesti samassa toimin-

nassa. (Pierce 2000, 251-252.) Näitä toiminnallisia kokemuksia ei voi erotella aina toisistaan, sillä toiminnallinen kokemus voi olla samanaikaisesti mielihyvää tuottava, tuottelias ja/tai vahvistava. Esimerkiksi erilaisten käsitöiden parissa ihminen usein kokee sekä mielihyvän että tuotteliaisuuden tunteita. (Pierce 2003, 86.)

Sama toiminta herättää ihmisissä eri tuntemuksia. Mitä vetoavampaa toiminta on, sitä kutsuvammaksi se koetaan. Toiminta, joka tuottaa mielihyvää, voi olla esimerkiksi vapaa-ajan viettäminen tai merkityksellisten rituaalien eli tapojen toteuttaminen. Mielihyvää tuottava toiminta lisää toiminnan nautinnollisuutta. (Pierce 2003, 10, 86; Hautala ym. 2011, 118.) Mielihyvä, tuotteliaisuus ja vahvistavuus ovat riippuvaisia ihmisen aiemmista kokemuksista ja toiminnan omakohtaisesta merkityksestä. Yleisellä tasolla voidaan ajatella, että vahvistava toiminta on ihmisen tarpeista lähtevää, mielihyvää tuottava toiminta on ihmisen halusta lähtevää ja tuottava toiminta on ihmiselle välttämätöntä. (Pierce 2003, 10; Hautala ym. 2011, 23.)

Toiminnan tulee olla sopiva sekoitus tuotteliaisuutta, mielihyvää ja vahvistavuutta yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tuotteliaisuuden voidaan katsoa kuuluvan kaikkiin tavoitesuuntautuneisiin toimintoihin. Nämä toiminnot usein tuottavat myös henkilökohtaista tyytyväisyyden tunnetta. Vahvistavat toiminnot ovat edellytys elämällemme ja sen laadulle. Monet ihmiset kokevat jonkun toiminnan virkistäväksi ja rauhoittavaksi. Tällöin emme välttämättä ole fyysisesti aktiivisia ja mieleemme on keskittynyt vain oleelliseen asiaan. Suljemme ajatuksemme muulta ja keskitymme vain sillä hetkellä tehtävään toimintaan. Usein nämä toiminnot ovat rentouttavia ja mielihyvää tuottavia sekä vahvistavia. (Pierce 2003, 107–109.)

### 3.2 Aistit

Aistien avulla hahmotamme ympäristöämme ja itseämme. Aistit mahdollistavat ihmisten välisiä vuorovaikutusta, niiden avulla saamme kontaktin toisiimme. Aistit välittävät myös elämyksiä ja kokemuksia. (Epäily & Puhakainen 2010, 1.) Ikääntymisen vaikutukset ovat havaittavissa ihmisen toimintakyvyssä. Aistit heikkenevät, aistimuksia ei synny tai niiden kautta välittyntä tietoa on hankala käsittää tai kokea merkitykselliseksi. Tämä johtuu fysiologisten säätelyjärjestelmien heikkenemisestä sekä korjaavien ja sopeuttavien toimintojen heikentymisestä. Myös elimistön toimintojen tasapainon ylläpitämisellä ja korjaavien toimintojen puutteellisuudella on vaikutusta toimintakykyyn sekä arjessa selviytymiseen. (Hervonen 2001, 15-16.) Erityisesti muistisairaana aistikokemukset voivat jäädä suppeiksi ja yksipuolisiksi, koska hän ei välttämättä enää toimintakyvyn laskun seurauksena itse kykene hakeutumaan tilanteisiin, joissa voisi käyttää aistejaan monipuolisesti (Epäily & Puhakainen 2010, 1).

Aivoissa sijaitsevat aistireseptorit ovat solun osia, jotka ovat erikoistuneita vastaanottamaan aistien aivoille välittämiä ärsykeitä. Ärsykkeet kulkevat hermoimpulsseina hermosyitä pitkin

aivoihin, joissa muodostuu tietoinen aistimus. Hajuradassa on ainut suora yhteys, koska siinä on vain yksi synapsi eli kahden hermosolun liitospinta. Synapsin kautta hermoärsyke siirtyy tai jää siirtymättä hermosolusta toiseen. Muissa hermosyissä synapseja on vähintään kaksi ja näitä pitkin hermoärsykkeet kulkeutuvat ensin väliaivojen talamukseen ja sieltä isoavokuoren aistikuorialueeseen. Näköaistin reseptorit sijaitsevat silmän verkkokalvossa, joka on silmämunan takaseinässä. Korvan kuuloaistin reseptorit sijaitsevat sisäkorvan simpukassa, Korvan liike- ja tasapainoaistin reseptorit sijaitsevat pyöreässä ja soikeassa rakkulassa sekä kolmessa kaarikäytävässä. Haju- ja makuaisti toimivat yhteistyössä. Hajureseptorit sijaitsevat nenäontelon yläosan limakalvossa ja ovat paljon herkempiä kuin makureseptorit, jotka sijaitsevat makusilmuissa kielen pinnalla. Tuntoaisti on ihon aisti, joka koostuu muun muassa kosketus-, paine-, värinä-, kylmän-, lämpimän- ja kipuaisteista (Nienstedt & Kallio 2006, 98-104).

Kasvatuksellisessa gerontologiassa sekä sosiaalipedagogisessa gerontologiassa tähdätään toimintaan, jossa iäkkäät ihmiset löytäisivät oman näköisensä, sosiaaliset sekä kulttuuriset kykynsä ja voimavaransa, joiden avulla pyritään muuttamaan elämää laadukkaammaksi. Kasvatuserontologian kysymykset sisältävät monia asioita, jotka ohjaavat ikääntynyttä muistelemaan menneitä. Tällaisia kysymyksiä on muun muassa Kuka minä olen? Mitä minä muistan? Mitä taitoja minulla on? Mitä arvostan? Ja miksi? (Kurki 2007, 35-36.) Muistelu on tavoitteellista, esimerkiksi sosiaalisella tai henkilökohtaisella tasolla ja tavoitteilla on aina kuitenkin yksilöllinen merkitys. (Hakonen 2003, 132.)

Vaikka muistisairas ei enää itse pystyisikään sanalliseen vuorovaikutukseen ja itseilmaisuun, on mahdollista taiteen eri muotoja käyttäen löytää vielä olemassa olevia piileviä voimavaroja (Punkanen & Eloranta, 2008, 126-127).

### 3.3 Muistelu, musiikki ja lusikka suuhun-jumppa viriketoimintana

Viriketoiminnan muotoja on useita ja niillä voidaan tukea ihmisen toimintakykyä ja aktiivista arkea. Toiminnan muotoja voivat olla ulkoilu, liikunta, kuntosaliharjoittelu, hieronta, halaaaminen, ulkonäöstä huolehtiminen, lehtien luku, elokuvien katselu, maalaus, musiikki, tanssi, laulu, muistelu, leipominen ja ylipäänsä muistisairaahan ihmisen mukaan ottaminen arjen askareisiin hänen voimavarojensa mukaan. Virikkeet tuovat voimavaroja ja kohottavat muistisairaahan itsetuntoa. Käytöshäiriöt voivat kertoa tekemisen puutteesta. Jokainen ihminen haluaa tuntea itsensä arvokkaaksi, tärkeäksi ja hyödylliseksi, vaikka hän ei enää tietäisikään, mikä viikonpäivä nyt on tai missä paikassa on. Viriketoiminnan vaikutuksesta muistisairaahan mieliala kohenee, hänen toimintakykynsä ja taitonsa säilyy parempina kuin ilman virikkeitä. (Granö ym. 2009, 14.)

Viriketoimintaa voidaan toteuttaa monin eri muodoin, mutta tässä opinnäytetyössä tuodaan esille viriketoiminnan muodoista musiikki, muistelu sekä lusikka suuhun -jumppa laajan soveltavuutensa vuoksi. Musiikin on todettu monessa tutkimuksessa vaikuttavan positiivisesti muistisairaaseen ja sen tiedetään jopa lievittävän muistisairaahan ahdistuneisuutta tai levottomuutta (Miina Sillanpään Säätiö 2014). Musiikki voi palauttaa mieleen muistoja ja jokin laulu saattaa olla merkityksellinen vielä silloinkin kuin muunlaista kontaktia ei enää muistisairaaseen saada. Erityisesti vanhalla tanssimusiikilla on todettu olevan hoitavaa merkitystä demens-tiaa sairastavilla. (Tinell 2001, 99-100.)

Muistelu kuuluu olennaisena osana kuntouttavaan toimintaan ja se on osa ihmisyyttä. Muistot vahvistavat sitä kuka on, mistä on lähtöisin ja mikä merkitys elämällä on ja on ollut. (Mäki 2000, 110-111.) Lusikka suuhun -jumpan on todettu vaikuttavan sekä fyysisesti että psyykkisesti muistisairaahan toimintakykyyn (Suominen 2014, 144). Näiden viriketoimintojen toteuttaminen onnistuu helposti ja mahdollistaa useiden asukkaiden osallistumisen. Lisäksi näiden viriketoimintojen vetäminen ei vaadi suuria erillisiä järjestelyjä eikä aiheuta ylimääräisiä kustannuksia ja niitä on mahdollista toteuttaa sopivassa kohdassa työvuoron aikana.

Suunnitelmallisella ja järjestelmällisesti toistuvalla viriketoiminnalla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden toimintakyvyn säilymisessä. Muistisairaiden hoidossa korostuu nimenomaan konkreettista tukea antava ja turvallisuuden tunnetta lisäävä vuorovaikutus. Viriketoiminnassa on tärkeää jatkuvuus ja tasoltaan samanarvoisia pysyvät elämykset. Voimakkaita ja äkillisiä tunnereaktioita aiheuttavia stimulaatioita on syytä välttää, sillä muistisairaahan stressinsietokyky on usein alentunut ja väärällä tavalla virikkeellinen ympäristö (melu, turvattomuus) voi johtaa käytösoireiden syntymiseen tai pahenemiseen. Viriketoiminnan pääpaino tulisi olla myönteisiä tunnekokemuksia painottavassa vuorovaikutuksessa, kuten rauhoittavassa muistelussa, miellyttävissä tapahtumissa sekä luovissa ja aisteja stimuloivissa toimintamuodoissa. Myöskään arkisten aktiviteettien merkitystä ei sovi väheksyä, sillä ne koventavat ja ylläpitävät pitkäaikaishoidossa olevien muistisairaiden toimintakykyä merkittävällä tavalla. (Koponen & Saarela 2010, 488-490.)

### 3.3.1 Muistelu

Muistelulla on useita erilaisia tehtäviä. Yleensä ajatellaan sen olevan perinteiden ja traditioiden siirtämistä sukupolvelta toiselle, mutta se koetaan tärkeäksi myös ikääntyvän ihmisen minäkuvan muodostamisessa ja eletyn elämän jäsentämisessä. (Hohenthal-Antin 2009, 23.) Muistelun avulla dementiaa sairastavan on mahdollisuus säilyttää yhteys itseensä muistin heikentyessä. Hoitajalle muistelu tarjoaa myös hoidollisesti arvokasta tietoa muistisairaasta ennen kuin tämä menettää sanallisen kommunikointikykynsä. Laitoshoidossa muistelu torjuu eristäytyneisyyttä ja lisää yhteisöllisyyden tunnetta. (Walsh 2006, 81- 83.)

Ihminen tulkitsee muistojaan ja voi sen avulla luoda uudelleen merkityksen koetulle elämälleen (Hohenthal-Antin 2009, 16-17; Korkiakangas 2002, 202-203). Muistelu on ensisijaisesti positiivisten muistojen aktivoimista, mutta tuskallisia muistojakaan ei saa ohittaa, sillä keskustelemalla voi niistä löytää myös voimaannuttavia muistoja. (Hakonen 2003, 135.) Muistot ovat usein kertomuksia menneisyydestä ja siitä, miten ikäihminen on elämänsä kokenut. Miehet muistelevat tekemisiään ja aikaansaamistaan. Naisten kertomukset kohdistuvat usein perheeseen, kotiin, rooliin naisena, sairauksiin ja läheisten kuolemaan. Muistelun sisältöön vaikuttaa paikka, tilanne ja se, kenelle muistoja kerrotaan. (Vallejo-Medina ym. 2006, 82-83.)

Psykologisesta näkökulmasta katsoen muistelemisen parantaa vanhuksen itsekunnioitusta, vahvistaa identiteettiä ja antaa voimaa elää. Muistelemisen tuottaa mielihyvää, lohdutusta ja antaa toivoa. Muistelemisen avulla voidaan palauttaa mieleen maku- ja hajuelämyksiä ja näin vahvistaa jäljellä olevia aistitoimintoja. Muistelemisen voi nostaa esille nostalgisia ja kipua tuottavia muistoja. Ikäihminen kompensoi muistelulla omia toimintavajeitaan. Muistoista henkilö hakee usein apua ja voimaa elää oman rappeutuneen ja sairaan kehonsa kanssa. Ahdistavatkin muistot tuovat lohtua ja parantavat ikäihmisen oloa. (Helin 2000, 13.) Muistelemisen on silta menneen elämän ja uuden elämän välillä ja näin muistelu auttaa vanhusta sopeutumaan uusiin olosuhteisiin paremmin (Siltanen 2000, 52-55).

Muistelun tarkoitus on rikastuttaa vanhuksen elämää ja edistää terveyttä. Muistelu on sosiaalinen tapahtuma. Sosiaalisessa ryhmässä muistelu luo yhteisöllisyyttä, antaa mahdollisuuden jakaa omia kokemuksia vertaamalla omia kokemuksia toisten kokemaan. Muisteluhetket antavat mahdollisuuden kontaktiin muiden kanssa ja ylläpitävät ilmaisutaitoja. Muistelut lisäävät luovuutta ja antavat ilon ja nautinnon hetkiä. (Vallejo-Medina ym. 2006, 85.) Muistot vahvistavat minäkuvaa ja eletyn elämän merkitystä, jotka ovat tärkeitä ihmisen psyykkiselle ja sosiaaliselle kehitykselle (Tinell 2001, 98).

Muisteluhetkistä pitäisi luoda turvallinen vuorovaikutustilanne, joihin jokainen voi ottaa osaa omalla tavallaan ja samalla kokea tulevaisuutta arvostetuksi omana itsenään. Parhaimmillaan muisteluhetket antavat onnistumisen kokemuksia, joita jokaisen tulisi saada kokea päivittäin. Muisteluhetken mahdolliset tavoitteet riippuvat siitä, missä dementian vaiheessa sairastuneet ovat. (Mäki 2000, 106-107.)

Muistelutuokiot voivat vaihdella paljon. Niitä voidaan toteuttaa pienryhmässä tai henkilökohdaisesti, yksittäisinä tai toistuvina, etukäteen suunniteltuina tai ennalta suunnittelemattomina. Ajallisesti ne voivat vaihdella lyhyistä tuokioista useita päiviä kestäviin. Onnistuneeseen muistelutilanteeseen tarvitaan rauhallinen tila, muisteluhuone tai nurkkaus, jos muistelutuokioita järjestetään säännöllisesti. Muistelutilan huonekalujen ja sisustuksen pitäisi muis-



tuttaa mennyttä aikaa. Erilaiset vanhanajan esineet auttavat virittäytymään muisteluhetkeä varten. (Mäki 2000, 110-115.)

Säännöllinen lähimuistelu lisää turvallisuuden tunnetta ja voi auttaa uuteen paikkaan kotiutumista. Vaikka uudet asiat eivät enää jääkään mieleen, ahdistus vähenee, kun huomataan, että elämä jatkuu muistisairaudesta huolimatta. Muistelutuokioihin saadaan usein elämyksellisyyttä ohjaajan persoonallisen panoksen lisäksi esimerkiksi valokuvilla, musiikilla, vanhoilla esineillä, pienellä suuhunpantavalla, kuulokuvilla tai tuoksuilla. Suuri elämys voi syntyä pieneltä tuntuvasta virikkeestä. Virikeaineistolla tulisi olla järkevä säilytyspaikka, josta se on helposti esille otettavissa ja materiaali tulee hyödynnetyksi. (Mäki 2000, 115-116.)

Muisteluhetket tarjoavat hoitajille mahdollisuuden tutustua asukkaiden menneisyyteen. Mitä paremmin hoitajat tuntevat asukkaat, sitä paremmaksi muodostuu vuorovaikutus hoidettavan ja hoitajan välille. ”Psyykkisen lainalaisuuden mukaan suhtautumalla toiseen ihmiseen kuin hän olisi kiinnostava, elämänmyönteinen ja lahjakas autamme häntä tulemaan sellaiseksi.” (Mäki 2000, 111.)

Vanhuuteen kuuluu eletyn elämän pohdiskelu, jossa eletty elämä jäsentyy ja tulee hyväksytyksi. Vanhetessa ihminen tarkastelee omaan maailmaansa ja muistelu liittyy läheisesti eletyn elämän tarkasteluun. Ikääntyessään ihminen määrittelee uudelleen aikaa, paikkaa, elämää, kuolemaa ja itseään. On kuitenkin otettava huomioon, että kaikki eivät halua muistella. (Hakonen 2003, 132-133.)

Muisteluhetki tulisi aloittaa ja lopettaa joka kerta samalla tavalla. Aloitus voi tapahtua ryhmää yhdistävällä musiikilla tai mielikuvarentoutuksella. Samoin muistelutuokio on hyvä päätää läheisyyttä vahvistavaan toimintatapaan esimerkiksi tuttuun lauluun. Yhdessäolonhetkeen voidaan sisällyttää myös kahvihetki. Jokainen muisteluhetki on myös hoitajan kasvamisen mahdollisuuden paikka. Kyky suhtautua potilasiin yksilöllisesti ja hienotunteisesti kasvaa, kun hoitaja oppii uusia asioita hoidettavien elämänkerrasta ja kokemuksista. (Vallejo-Medina ym. 2006, 86; Mäki 2000, 110-111.)

Brookerin ja Ducen artikkelissa käsitellään hyvinvoinnin ja toiminnan/tekemisen (activity) välistä yhteyttä muistisairaiden kuntoutuksessa. Toteutetun tutkimuksen mukaan muisteluterapia olisi tehokkaampi vaikutus muistisairaiden hyvinvointiin kuin toiminnallisten ryhmien. Osallistujan taidoista ja kyvyistä huolimatta muistelutilanteeseen osallistuminen on helppoa. Muistelun apuna käytetyt materiaalit aktivoivat aisteja auttaen muistisairaita ottamaan osa jollain tasolla ryhmän toimintaan. Brookerin ja Ducen mukaan hyvin ohjatuissa muistelutilanteissa he huomasivat myös sen edun, että spontaani osallistuminen oli mahdollista. (Brooker & Duce 2000, 354-357.)

Harmer ja Orrel (2008) korostivat tutkimusartikkelissaan neljää toimintaan liittyvää teemaa, jotka lisäsivät toiminnan mielekkyyttä ja merkityksellisyyttä. Näitä teemoja olivat muistelu (reminiscence), perheeseen ja sosiaalisuuteen liittyvät aktiviteetit (family and social), musiikilliset (musical) sekä yksilölliset (individual) toiminnot. Tutkimuksen mukaan vanhainkotien asukkaat kokivat merkityksellisimmiksi tilanteen tuottaman kokemuksen kuin toiminnan itsensä. (Harmer & Orrel 2008, 548-553.)

### 3.3.2 Musiikki

Muistisairaahan ikäihmisen kuntoutuksessa musiikki on yksi käytetyin viriketoiminnan muoto. Laulaminen, musiikki sekä musiikkiliikunta kohentavat toiminnallisuutta, mikä on yksi muistisairaahan ihmisen elämänlaadun ja kuntoutuksen väline. Laulu toimii hyvänä vuorovaikutusvälineenä ja sen avulla voidaan tahdittaa päivittäisiä toimintoja, kuten pesuille menoa. Laulamalla annetut ohjeet menevät hyvin perille. (Numminen 2009, 8-9.)

Musiikki tukee ihmisen persoonallisuutta ja siihen on tallentunut elämän tärkeitä kokemuksia ja tunteita. Usein henkilö pystyy jäsentämään musiikin avulla omia kaoottisen mielensä aineksia. Musiikin avulla voidaan työstää ja käsitellä vaikeita ja ahdistavia asioita. (Vallejo-Medina ym. 2006, 79.) Musiikki lisää läheisyyden tarvetta (Tinell 2001, 99).

Sekä musiikin kuuntelu että laulaminen ovat vanhukselle tärkeitä toimintoja, sillä ne edesauttavat tunteiden säätelyssä ja ilmaisemisessa sekä vähentävät yksinäisyyttä ja lisäävät yhteenkuuluvuuden tunnetta, tukevat minäkuvaa ja tarjoavat nautintoa, esteettisiä kokemuksia, haasteita ja myös sisältöä elämään (Laukka 2007, 215).

”Muistaakseni laulan” on Miina Sillanpään Säätiön musiikkiin perustuva kuntoutusohjelma muistisairaille. ”Muistaakseni laulan” -ohjelman vaikuttavuutta on tutkittu tieteellisesti. Tulosten mukaan mieluisan musiikin kuuntelu ja /tai laulaminen yhdessä hoitohenkilöstön tai omaisten kanssa parantaa muistisairaiden henkilöiden sanojen muistamista ja tietoisuutta omasta ympäristöstään. Samalla myös heidän mielialansa paranee ja ahdistuksen tunne vähenee. Kokonaisuudessa tulokset osoittivat myös, että säännöllisillä musiikkiaktiviteeteilla voi olla pitkäkestoista hyötyä muistisairaahan psyykkiselle ja kognitiiviselle hyvinvoinnille. (Miina Sillanpää Säätiön julkaisuja 2011.) Muistisairaahan kohdalla on hyvä huomioida laulamattomuuden taustalla olevia asioita. Ryhmässä laulaminen ei ole kaikista mukavaa, koska taustalla saattaa olla koulussa aikanaan tapahtunut laulamisen nolaaminen tai saatu väärä käsitys omasta musikaalisuudestaan. (Numminen 2005, 19.)

Useat hoitajat pelkäävät käyttää musiikkia apuna hoitotyössä. Hoitajalta ei vaadita erityisosaamista, kiinnostus musiikkiin riittää. Usein kyse onkin hoitajan asenteesta ja uskaltamisesta. Useimpien ikäihmisten elämäнкаaresta löytyy kohtia, johon musiikki yhdistyy. Yleensä myös jokaisella ikääntyneellä on omakohtaisia kokemuksia musiikin terapeuttisesta vaikutuksesta. Musiikki voi saada toisen nauramaan, toisen itkemään ja osa ihmisistä saa musiikista voimaa elää ja liikkua. (Vallejo-Medina ym. 2006, 80; Särkämö 2011, 5.)

Yhteislauluhetkissä laulettavat laulut voi valita hoitaja, esimerkiksi jonkin teeman mukaan tai laulun valinnan voivat tehdä asukkaat. Usein ikäihmiset suosivat omia nuoruusaikaisia laulujaan. Yhteiset hetket musiikin parissa saavat muistisairaankin muistisolut toimimaan niin, että hän muistaa monta laulua alusta loppuun ja laulaa mielellään mukana. (Vallejo-Medina ym. 2006, 79-80.)

### 3.3.3 Lusikka suuhun -jumppa

Kyky omatoimiseen ruokailuun säilyy yleensä pitkään. Sitä voidaan tukea omatoimisuuteen kannustavalla avustamisella ja luomalla ruokailuhetkiin rauhallinen tunnelma. Ruokailutilanne on useimmille sosiaalinen ja nautinnollinen hetki päivän aikana. Omatoimista ruokailun onnistumista voidaan edistää virittäytymisellä edeltä käsin tilanteeseen. Ulkoilu tai kevyt jumppa ovat hyviä keinoja tähän, unohtamatta ruokalaulua ennen aterioinnin aloittamista. Aivojen toimintaa aktivoi ”Lusikka suuhun -jumppa”. Fysioterapeutti Niina Laaksonen on kehittänyt tämän käsijumpan, joka tehdään pöydän ääressä istuen laulun tahdittamana. Se muun muassa motivoi ruokailuun, auttaa aikaan orientoitumiseen, parantaa nivelten liikkuvuutta, verenkiertoa, hahmotuskykyä sekä suun ja käsien motoriikkaa. ”Jumppa auttaa löytämään kädet.” Hoitajan ohjaama lyhyt jumppatuokio ennen ruokaa valmistaa mielen ja kehon tulevaan ruokailuun. (Suominen 2014, 142-144.)

Kymmenen minuutin pituisen, pöydän ääressä tapahtuvan Lusikka suuhun -jumpan aluksi otetaan hyvä ryhti ja laitetaan kädet pöydälle. Sitten katsellaan omia käsiä ja mietitään, miten vanhat kädet ovat ja mitä kaikkea niillä on tehty. Hierotaan käsiin käsidesiä. Hoitaja johdattaa puheen siihen, miten tärkeät kädet ovat ruokailussa. (Laaksonen 2014.)

Fyysiset harjoitukset ovat yksinkertaisia. Kädet puristetaan nyrkkiin ja avataan puheen rytmissä. Aivot saavat jumppaa, kun mietitään, mikä viikonpäivä on ja luetellaan viikonpäivämaanantaista sunnuntaihin. Seuraavan liikkeen kanssa mietitään, mikä kuukausi on ja luetellaan kuukaudet tammikuusta joulukuuhun. (Laaksonen 2014.)

Sormien verryttelyn jälkeen nyrkkeillään vielä laulun rytmissä. Lopuksi Laaksosen jumpassa lausutaan loru: ”Vatsa hankaa selkärankaa, huulet huokaa, tuokaa ruokaa”. Tämän jälkeen hoitaja kertoo, mitä tänään syödään ja toivotetaan hyvää ruokahalua. (Laaksonen 2014.)

#### 4 Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus

Opinnäytetyön kohdeorganisaatioksi valikoitui Vihdin Vanhainkotisäätiön palvelutalo Hopearinne, koska siellä korostetaan vanhuutta voimavarana ja painotetaan aktiivisen kuntoutuksen merkitystä arjessa (Hopearinne 2014).

Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin kahdessa erillisessä vaiheessa laadullisen tutkimuksen keinoin. Ensin selvitettiin Vihdin vanhainkotisäätiön palvelutalo Hopearinteeseen viriketoiminnan nykytilaa. Toisessa vaiheessa haluttiin selvittää henkilökunnan kokemuksia viriketoiminnasta ja viriketoiminnan vaikutuksia asukkaisiin musiikin, muistelun ja lusikkajumpan kautta. Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, mikä on kohdeorganisaation viriketoiminnan lähtötilanne eli millaista viriketoimintaa on järjestetty Vihdin Vanhainkotisäätiön palvelutalo Hopearinteessä. Toisen vaiheen tarkoituksena oli kerätä tietoa hoitohenkilökunnan kautta viriketoiminnan vaikutuksesta, kun viriketoimintana on musiikkia, muistelua ja lusikkajumppaa. Tarkoituksena oli myös selvittää, minkälaista merkitystä viriketoiminnalla on asukkaiden ja henkilökunnan arjessa. Tavoitteena oli lisätä tietoisuutta viriketoiminnan vaikutuksista sekä eri käyttömahdollisuuksista ja innostaa henkilökuntaa hyödyntämään virikkeitä. Tieteellisessä tutkimuksessa tuotetaan uutta teoriaa ja ammatillisessa tutkimus- ja kehittämistoiminnassa uusia tai parannettuja käytäntöjä (Vilka 2009, 21).

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisen tutkimuksen keinoin. Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta voidaan kutsua myös ymmärtäväksi tutkimukseksi, sillä sen avulla jotain ilmiötä pyritään ymmärtämään ja selittämään kerätyn aineiston tai havaintojen pohjalta. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 28). Tutkimuksen tavoitteena nähdään kuvaukset ihmisen kokemasta todellisuudesta (Vilka 2009, 97). Laadullinen tutkimus pyrkii löytämään tosiasioita, ei todentamaan jo olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161). Laadullisen tutkimuksen lähestymistavan mukaan, tutkimuksen kohteena ovat ihmisen kokemukset. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata ihmisen käsityksiä ja kokemuksia tietystä tapahtumasta. (Jänhonen & Nikkonen 2003, 8.) Laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on tulkintojen avulla tuoda esiin ihmisen toiminnasta jotakin, jota ei välittömällä havainnolla pysty ilmentämään (Vilka 2009, 98).

Toteutusosion avulla haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Millaista viriketoimintaa palvelutalo Hopearinteen osastoilla järjestetään tällä hetkellä?
- Miten hoitohenkilökunta kokee opinnäytetyön viriketoiminnan vaikuttavan palvelutalon asukkaisiin ja omaan työhönsä?

Aluksi selvitettiin viriketoiminnan nykytilaa Hopearinteen osastoilla eli onko palvelutalossa viriketoimintaa ja jos on, niin millaista ja kuinka säännöllistä se on. Jatkossa pyrittiin selvittämään valikoitujen virikkeiden (muistelu, musiikki ja lusikka suuhun -jumppa) vaikutusta asukkaisiin henkilökunnan havainnoimana sekä henkilökunnan omia kokemuksia vetämistään viriketuokioista ja sen vaikutuksista omaan työhönsä. Tällä tavoin pyrittiin saamaan syventäviä vastauksia jälkimmäiseen kysymykseen.

Opinnäytetyön tekijät vastasivat kaikista toteutusvaiheeseen liittyvistä materiaali- ja matkakustannuskuluista. Vihdin Vanhainkötisäätiölle ei aiheutunut suoria kuluja kyseisestä opinnäytetyöstä. Ensimmäisen vaiheen vastaamiseen kuului maksimissaan 30 minuuttia yhdeltä vastaajalta eli kolmelta vastaajalta maksimissaan 1,5 tuntia. Toisen vaiheen viriketuokion valmisteluun aikaa kului noin 5 - 10 minuuttia, toteutukseen 15 - 30 minuuttia ja seuranta- ja arviointilomakkeen täyttämiseen noin 10 minuuttia. Opinnäytetyön tekijät toimittivat virike-toimintamateriaalit sekä vastauslomakkeet ja -laatikot osastoille. Valmis työ tullaan luovuttamaan palvelutalo Hopearinteelle.

#### 4.1 Opinnäytetyön toteutusympäristö

Opinnäytetyön kohdeorganisaationa ja toteutusympäristönä oli Vihdin Vanhainkötisäätiön palvelutalo Hopearinne. Palvelutalossa on 64 asukaspaikkaa ja se tarjoaa kodinomaista, yhteisöllistä ja turvallista asumista ikäihmisille ja vammaisille. Palvelutalo koostuu kolmesta eri osastosta: Kotola on 9-paikkainen hoivaosasto, Muistola 10-paikkainen muistisairaiden osasto ja Ainola 45-paikkainen asumispalveluosasto. (Hopearinne 2014.) Kyselyt kohdistettiin kaikille kolmelle osastolle.

Palvelutalo Hopearinteen toiminnan tarkoituksena on kehittää ja ylläpitää vanhusten ja erityisryhmien palvelua asiakasyhteisöjensä alueella näiden tarpeisiin vastaten, Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten laatusuosituksen (2008) mukaisesti. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantaminen. (Hopearinne 2014.)

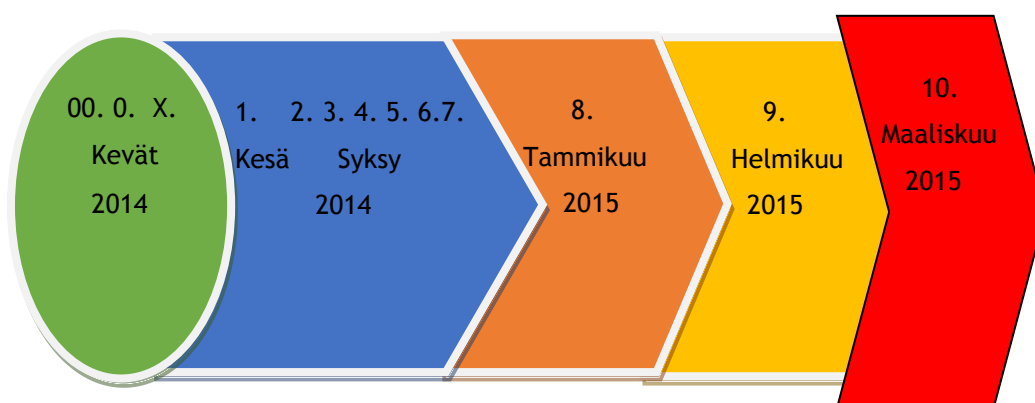
Palvelutalo Hopearinteen arvoja ovat

- inhimillinen ja arvokas vanhuus
- kodinomainen ja turvallinen ympäristö
- osaava ja uudistumistaitoinen henkilöstö
- yhteistyö ja verkostoituminen
- kustannustietoisuus (Hopearinne 2014).

#### 4.2 Opinnäytetyön eteneminen

Kuvio 2 kuvaa opinnäytetyön etenemistä alun ideasta työn valmistumiseen. Opinnäytetyöprosessi alkoi helmikuussa 2014 (00), jolloin opinnäytetyön tekijät saivat tietää opinnäytetyön aiheen. Sen jälkeen lähdettiin etsimään aiheeseen liittyvää tietoa. Terveystieteen tieteelliset kansainväliset artikkelit haettiin tätä opinnäytetyötä varten muun muassa OVID- ja EBSCO-tietokannoista sekä kotimaisesta Melindasta ja Medicistä. Haku kohdistui pääasiassa 2000-luvulle. Tiedonhaku ohjasi mielenkiinto löytää uusinta tietoa muistiterveydestä sekä sitä ylläpitävistä virikemenetelmistä.

Tiedonhaku ja työn suunnittelu tapahtui kevään 2014 aikana (0). Tiedonhaku ja sen muokkaus on jatkunut koko prosessin ajan. Alustava yhteydenotto Vihdin Vanhainkötisäätiön palvelutalo Hopearinteeseen mahdollisesta mielenkiinnosta olla opinnäytetyön kohteena tapahtui jo alkukeväästä (X).



Kuvio 2: Opinnäytetyön eteneminen (00-10)

Kesällä 2014 oli opinnäytetyön tekemisessä tauko ja työtä jatkettiin elokuussa (1). Opinnäytetyön suunnitelma oli valmis lokakuussa 2014 (2). Koska opinnäytetyön viriketoiminta kohdistui palvelutalon iäkkäisiin asukkaisiin ja jollain heistä voi olla jokin muistisairaus, haettiin tutkimusluvan liitteeksi myös Eettisen toimikunnan lupaa opinnäytetyön toteuttamista varten (3). Viriketoimintaa tutkittiin kuitenkin hoitohenkilökunnan kautta, koska he vastasivat kyselylomakkeisiin. Tutkimustoimikunnan mukaan opinnäytetyö ei vaatinut Eettisen toimikunnan lausuntoa.

Opinnäytetyön toteutusvaiheen musiikkituokioita varten haettiin lupaa myös suomalaisten säveltäjien ja musiikintekijöiden edunvalvontajärjestö Teostolta sekä muusikoiden ja musiikintuottajien tekijänoikeusjärjestö Gramexilta marraskuussa 2014 (4). Palvelutalo Hopearin-teellä oli voimassa oleva Teoston lupa, joten erillistä Teoston lupaa ei tarvittu. Gramexin kanssa tehtiin sopimus luvan ostamisesta opinnäytetyön toteutuksen ajalle. Opinnäytetyön tekijät vastasivat tästä kustannuksesta.

Lusikka suuhun -jumpan käyttöön kysyttiin lupa lusikka suuhun -jumpan kehittäjältä, fysioterapeutti Niina Laaksoelta sähköpostitse (5). 19.11.2014 Laaksonen antoi luvan käyttää Lusikka suuhun -jumpaa opinnäytetyön toteutusvaiheessa. Hänen suhtautumisensa asiaan oli positiivista ja kannustavaa.

Kysely- sekä seuranta- ja arviointilomakkeet esiteltiin 11.11.2014 kolmella yksityisellä henkilöllä, jotka ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia (6). Heidän mukaansa kaikki lomakkeet olivat selkeitä, riittävän yksinkertaisesti muotoiltuja sekä saatekirjeessä oli hyvin tuotu esille työn tarkoitus sekä vastaamisen vapaaehtoisuus.

Tutkimuslupahakemus liitteineen toimitettiin palvelutalo Hopearinteen toiminnanjohtajalle, joka esitteli hakemuksen Vihdin Vanhainkotiäitiön hallituksen kokouksessa. Hallitus myönsi tutkimusluvan 9.12.2014 (7). Varsinainen toteutusvaihe tapahtui tammikuussa 2015 (8) ja tuloksia päästiin käsittelemään helmikuussa (9). Maaliskuussa 2015 työ saatetaan lopulliseen muotoon ja esitettiin julkaisuseminaarissa 18.3.2015 (10).

Varsinaista erillistä työnjakoa ei tehty, vaan molemmat opinnäytetyön tekijät ovat tutustuneet itsenäisesti alan kirjallisuuteen. Yhdessä keskustellen ja pohtien tärkeimmiksi koetut asiat on otettu opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön eri työvaiheita on toteutettu sovittujen tapaamisten yhteydessä kevään ja syksyn 2014 aikana sekä alkuvuonna 2015. Saatekirjeet ja kyselylomakkeet on suunniteltu yhdessä. Yhteistyö opinnäytetyöntekijöiden kesken on sujunut koko ajan hyvässä hengessä. Panoksemme tähän opinnäytetyöprosessiin oli tasapuolinen ja työn aikana otettiin huomioon molempien näkemykset ja mielipiteet.

#### 4.3 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelminä laadullisessa tutkimuksessa käytetään haastattelua, kyselyä, havainnointia ja erilaisiin dokumentteihin perustuvaa tietoa. Myös kirjalliset aineistot, kuten piirustukset ja valokuvat, voivat olla laadullisessa tutkimuksessa aineistona. (Kylmä & Juvakka 2012, 27.) Aineistonkeruumenetelmäksi tähän työhön valittiin kyselylomake (Liite 1) nykytilan selvitystä varten sekä viriketoiminnan seuranta- ja arviointilomake (Liite 2) työn toista vaihet-

ta varten. Kyselymenetelmää pidetään tehokkaana ja se säästää opinnäytetyön tekijältä aikaa. Kyselytutkimukseen saattaa liittyä heikkouksiakin. Vastaajien rehellisyydestä ei voida varmistua ja lisäksi vastaamattomuus saattaa nousta suureksi. (Hirsjärvi ym. 2010, 195.)

Lomakkeen suunnittelu on tärkeä vaihe tutkimuksessa, koska sen tulee antaa tarpeeksi kattavasti tietoa tutkittavasta ilmiöstä, mutta samalla kysymysten on oltava tarpeeksi täsmällisiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 87). Kysely- sekä seuranta- ja arviointilomakkeet esiteltiin 11.11.2014 kolmella sairaanhoitajalla, joilla ei ole minkäänlaisia sidoksia palvelutalo Hopearinteeseen. Heidät valittiin testaajiksi, koska haluttiin saada mahdollisimman monipuolisia näkemyksiä lomakkeista. Heidän mukaansa kaikki lomakkeet olivat selkeitä ja kysymykset riittävän yksinkertaisesti sekä ymmärrettävästi muotoiltuja. Kyselylomakkeilla pyrittiin selvittämään Hopearinteen palvelutalon osastojen viriketoimintaa sekä henkilökunnan kokemuksia viriketoiminnan vaikutuksista muistiterveyteen.

Ensimmäisen vaiheen kyselylomake sisälsi kolme tarkentavaa kysymystä ja 6 avointa kysymystä. Avoimien kysymysten avulla pyrittiin kartoittamaan muun muassa mitä vastaajan mielestä on viriketoiminta. Tämä tieto on tärkeää, jotta saadaan selville, miten vastaajat mieltävät tuon termin. Lisäksi kysyttiin, onko viriketoimintaa tällä hetkellä vastaajan osastolla ja jos on, niin millaista se on. Kysymyksillä haettiin vastausta myös viriketoiminnan säännöllisyyteen ja tasapuolisuuteen sekä vastaajien mahdollisia kokemuksia viriketoiminnan vaikutuksista asukkaisiin. Opinnäytetyön tekijöitä kiinnosti myös asukkaiden keski-ikä sekä mahdollisten muistisairauksien olemassaolo ja saadaanko näistä tutkimukseen jotain merkityksellistä tietoa. Avoimiin kysymyksiin vastaaja voi antaa vastauksensa omin sanoin ja näin tuoda omia ajatuksiaan esiin (Hirsjärvi ym. 2009, 194). Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja vastausta varten jätetään tyhjää tilaa. Näin ollen vastaajalle annetaan mahdollisuus ilmaista itseään omin sanoin eikä vastausta ole rajattu valmiisiin vaihtoehtoihin. Avointen kysymysten avulla pyritään saamaan laajempia, syvällisempiä vastauksia ja etsiä keskeisiä sekä tärkeitä asioita vastauksista. Koska vastauksia ei ole rajattu, voivat vastaukset olla hyvin kirjavia sekä erilaisia ja nämä asiat voivat hankaloittaa aineiston käsittelyä. (Hirsjärvi ym. 2009, 193-196.)

Aineistonkeruussa käytettävät lomakkeet voisivat antaa soveltuvaa tietoa niin laadulliseen kuin määrälliseenkin tutkimukseen. Teoksessa ”Johdatus laadulliseen tutkimukseen” kerrotaan, että kvalitatiivisen tutkimuksen aineistoon voi soveltaa myös numeraalisia lukutapoja ja silti se on soveltuva menetelmä laadulliseen tutkimukseen (Eskola & Suoranta 2008).

Laadulliseen tutkimukseen osallistujiksi valitaan ne, joilla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Jos ilmiöön liittyviä henkilöitä ei löydy, valitaan henkilöitä, jotka tietävät ilmiöstä eniten. Otanta, otos ja populaatio käsitteitä ei saa käyttää laadullisessa tutkimuksessa informanttien eli tietoja tutkijalle antavan henkilön valinnassa eikä myöskään ra-



portissa. Tämä alentaisi tutkimuksen luotettavuutta. Oikea termi tälle olisi teoreettinen otanta. (Kananen 2012, 101.) Työn ensimmäinen osa kohdistettiin osastojen viriketoimintaan perehtyneille kolmelle henkilökuntaan kuuluvalla työntekijällä. Kaksi hoitajista suorittaa parhaillaan muistihoitajan opintoja. Kolmas henkilö työskentelee palvelutalon vapaa-ajanohjaajana. Näin voidaan ajatella heillä olevan eniten aiheeseen liittyvää osaamista ja kokemusta pitkän työuran lisäksi, joten heitä voidaan pitää palvelutalon viriketoiminnan nykytilan asiantuntijoina.

Opinnäytetyön toteutusvaihe päädyttiin pitämään tammikuussa, koska perinteisesti joulukuussa on monenlaista juhlaa ja tapahtumaa. Valitulla ajankohdalla haluttiin varmistaa, että opinnäytetyön viriketoiminnan toteutusvaihe olisi osa normaalia arkea, koska kokemuksemme mukaan liian runsas viriketoiminnan tarjonta ei palvele muistisairaita. Opinnäytetyön toteutuksen toista vaihetta varten viriketuokioiden ohjaamiseen annettiin osastojen henkilökunnalle selkeät ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti (Liite 3). Opinnäytetyön tekijät olivat sähköpostitse etukäteen sopineet 15.12.2014 Vihdin Vanhainkotiäitiön toiminnanjohtajan kanssa, että tulevat 2.1.2015 klo 13 henkilökohtaisesti palvelutalo Hopearinteeseen kertomaan opinnäytetyöstään ja perehdyttämään viriketuokioiden ohjaukseen.

Opinnäytetyön tekijät ohjeistivat joka osastolla erikseen läsnä ollutta hoitohenkilökuntaa viriketuokioiden pitämiseen esittelemällä virikemateriaalia ja kertomalla, mitä sillä on tarkoitus tehdä. Samalla annettiin suositus, että viriketuokiot pidettäisiin aamupäivisin, koska tutkimustiedon mukaan etenkin muistisairaat ovat virkeimmillään tuolloin. Tuolloin paikalla oli yhteensä 2-3 hoitajaa osastoittain, joista osa oli aamu- ja osa iltavuorosta. Perehdytystä pidettiin heille heidän työnteon lomassa. Henkilökohtaisella ohjauksella pyrittiin sitouttamaan hoitohenkilökuntaa viriketuokioiden pitämiseen. Tarkoitus oli, että nämä työntekijät veisivät tietoa eteenpäin muille työntekijöille. Kirjallisten ohjeiden tarkoitus oli olla tukena viriketuokioiden pitämisestä varten. Lisäksi niillä haluttiin varmistaa, että tieto viriketuokioiden pitämisestä siirtyisi seuraavienkin työvuorojen hoitajille.

Tarkoituksena jokaisella osastolla oli toteuttaa kaikkia valittuja viriketoiminnan muotoja, yhtä virikettä kerrallaan viikon ajan joka arkipäivä. Ensimmäiselle viikolle osunut Loppiainen jätettiin ilman valittua viriketoimintaa. Yhtenä viikkona laulettiin ja kuunneltiin musiikkia asukkaiden nuoruusajalta. Toisena viikkona muisteltiin menneitä aikoja kuvien, kertomusten ja vanhojen esineiden avulla. Kolmantena viikkona ”lusikkajumpattiin” ennen lounasta.

Opinnäytetyön tekijät toimittivat kolme erilaista laatikkoa, yhden kerrallaan yhdelle osastolle. Laatikot sisälsivät viriketuokion materiaalia. Laatikon päälle oli liimattu juuri sen viriketuokion toteutuksen ohjeistus (Liite 3). Laatikossa oli myös sama ohjeistus irrallisena, jos vetäjä haluaisi ottaa sen tuokioon mukaan. Laatikosta löytyi myös tyhjiä viriketoiminnan seuran-

ta- ja arviointilomakkeita saatekirjeineen. Lisäksi jokaiselle osastolle toimitettiin yksi suljettu laatikko vastauslomakkeita varten.

Viriketuokiot toteutettiin niin, että saman viikon aikana yhdellä osastolla oli musiikkia, toisella muistelua ja kolmannella lusikka suuhun -jumppaa. Seuraavalla viikolla virike vaihtui toiseen niin, että kolmannen viikon jälkeen jokaista virikettä oli ohjattu viikko jokaisella osastolla (Kuvio 3). Päivittäisen viriketuokion oli tarkoitus olla kestoltaan noin 10 - 30 minuuttia asukkaiden vireystilasta riippuen. Opinnäytetyön tekijöistä toinen kävi kierrättämässä viriketuokioon tarkoitettuja materiaalilaatikkoja eri osastoille aina viikonlopun aikana ja samalla hän saattoi tarvittaessa kerrata seuraavan viikon viriketuokion käytänteitä osastoilla.

Viikko	1	2	3
Osasto 1	Muistelu	Musiikki	Lusikka-jumppa
Osasto 2	Lusikka-jumppa	Muistelu	Musiikki
Osasto 3	Musiikki	Lusikka-jumppa	Muistelu

Kuvio 3: Viriketuokioiden jaksotus osastoittain

Pidettyään viriketuokion vetäjä täytti tutkimukseen liittyvän viriketoiminnan seurantalomakkeen oman työvuoronsa aikana. Lomakkeen kysymysten avulla haettiin tietoa, minkä osaston viriketoiminnasta on kyse, milloin viriketoimintaa on toteutettu, kauanko se kesti ja mikä toimintamuoto oli ollut kyseessä, viriketuokioon osallistuneiden asukkaiden lukumäärä ja muistisairaiden osuus osallistuneista. Lisäksi avoimilla kysymyksillä pyrittiin havainnoimaan asukkaiden osallistumista viriketoimintaan sekä selvittämään henkilökunnan kokemuksia viriketuokion vetämisestä. Lopuksi oli mahdollista antaa kehittämisohjeita viriketoiminnasta. Lomakkeen avulla saatiin kokemuksia viriketoiminnan ohjaamisesta, tietoa toiminnan vaikutuksesta ja kehittämisohjeita. Kokonaisuudessaan tutkimus osastoilla kesti kolme viikkoa.

Arviointilomakkeet palautettiin nimettöminä osastojen kanslioihin vietyihin palautuslaatikkoihin. Opinnäytetyön tekijät noutivat laatikot sovittuna päivänä osastoilta. Näin toteutettuna toivottiin, että tulokset olisivat laadullisempia ja luotettavampia. Tässä toisessa vaiheessa oli tarkoitus saada useammalta viriketuokiota vetäneeltä hoitajalta tietoa heidän näkemyksistään ja kokemuksistaan. Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan, että henkilöt, jotka ovat

tiedon keruun kohteena, ovat hyvin perehtyneet tutkittavaan asiaan ja heillä on ehkä myös kokemusta asiasta (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85).

Niin kyselylomakkeen kuin seuranta- ja arviointilomakkeen etusivun saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Ensimmäisen vaiheen kysely suoritettiin tammi-kuussa 2015 samalla, kun opinnäytetyön tekijät kävivät esittelemässä toteutusvaiheen käytännön asioita ja perehdyttämässä hoitohenkilökuntaa viriketuokioiden toteuttamisessa. Kysely kohdistettiin siis osastojen viriketoimintaan perehtyneille kolmelle henkilökuntaan kuululle työntekijälle. Yksi vastaaja ei ollut tuolloin töissä ja hänelle jätettiin kyselylomake sekä tyhjä vastauskuori. Kaikki kolme valittua vastaajaa palauttivat ensimmäisen vaiheen kyselyn. Täytetyt lomakkeet palautettiin nimettöminä suljetuissa kuorissa. Laadullisessa tutkimuksessa kohderyhmä on yleensä pieni, koska halutaan saada syvällisempiä vastauksia ja sen vuoksi kysymykset ovat mahdollisimman avoimia (Kylmä & Juvakka 2007, 26-27). Koska kyselylomakkeeseen vastasi vain kolme henkilöä ja he ovat kaikki eri osastoilta, tulosten raportoinnissa huomioitiin, kuinka ja missä valossa tutkittavien antama tieto esitettiin, jotta vastaajien anonymiteetti säilyisi.

Tutkimuksen toinen vaihe alkoi, kun työvuorossa olleet työntekijät oli perehdytetty viriketuokioiden ohjaamiseen ja vastaukset ensimmäisestä kyselystä oli saatu. Usein pohditaan, kuinka paljon aineistoa tulee kerätä ja millainen aineisto riittää opinnäytetyöhön (Kiviniemi 2007, 70). Liian suuri osallistujamäärä voi vaikeuttaa aineiston analyysin tekemistä ja oleellisen löytämistä laajasta aineistosta. Toisaalta liian vähäinen osallistujamäärä saattaa jättää aineiston riittämättömäksi. Tämän vuoksi osallistujamäärä on arvioitava tutkimuksissa aina tapauskohtaisesti. (Kylmä & Juvakka 2012, 26-27.) Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan niissä on tavoitteena kuvata ilmiötä tai tapahtumaa ja ymmärtää tiettyä toimintaa sekä antaa ilmiölle teoreettinen tulkinta (Sarajärvi & Tuomi 2009, 85).

#### 4.4 Opinnäytetyön aineiston analyysi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen pääasia. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia tutkija kysymyksiinsä saa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Menetelmänä se sopi tämän työn tulosten analysointiin, koska haluttiin saada mahdollisimman tarkka kuvaus vastaajien omakohtaisten kokemusten ja näkemysten kautta. Kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, jonka perusideaä käytetään monissa laadullisen tutkimuksen lähestymistavoissa. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja sekä kuvata niitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.) Aineistosta pyritään

saamaan vastauksia tutkimuskysymyksiin sekä saamaan esiin merkityksellisiä kokonaisuuksia. Sisällönanalyysin avulla tutkittavasta ilmiöstä saadaan kuvaus tiivistetyssä muodossa ja järjestyksi johtopäätösten tekoa varten. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105.) Laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Aineiston analyysistä voidaan käyttää ilmausta aineistolähtöinen eli induktiivinen tai teorialähtöinen eli deduktiivinen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Tämä opinnäytetyö on analysoitu induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Tuloksia pyrittiin kuvaamaan nostaen aineistosta esiin opinnäytetyön kannalta olennaiset asiat.

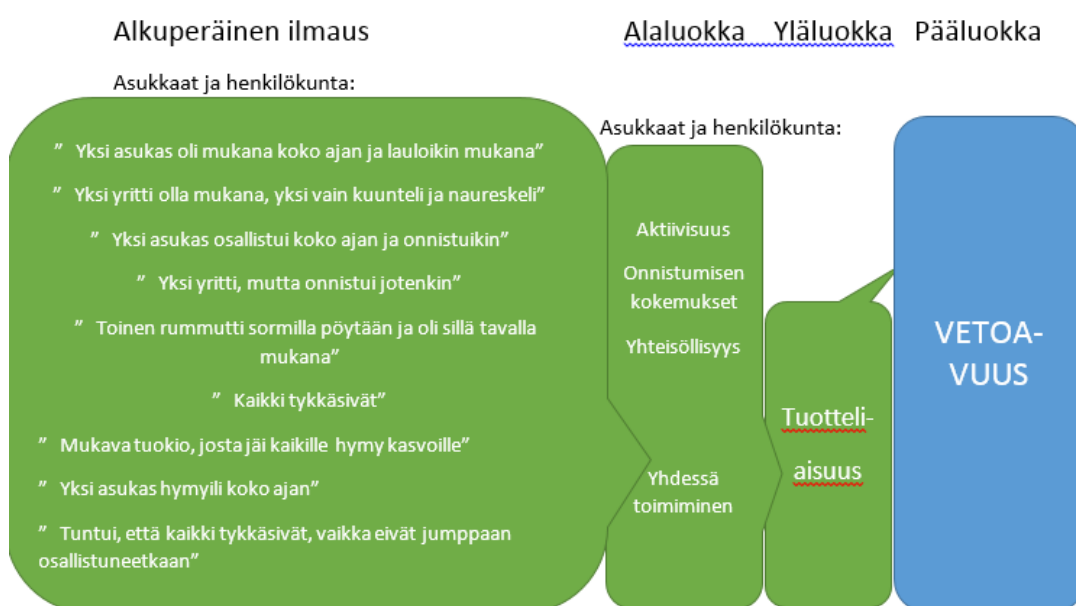
Induktiivisellä sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti (Latvala, Vanhanen & Nuutinen 2003, 23). Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Hajanaisestä aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109-110). Aineiston analyysivaiheessa aineiston määrä ei korvaa laatua eikä vaikuta siihen. Analysointitapa riippuu tutkimuksen luonteesta ja sen tavoitteista. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 99-100; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163.)

Analyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi, jolloin aineistosta karstataan pois tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto. Kerätystä aineistosta voidaan esimerkiksi etsiä vastauksia kuvailevista ilmaisuista. Ennen varsinaiseen sisällönanalyysiin ryhtymistä tutkijan on määritettävä analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai kokonainen lause. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112.) Tutkimusaineiston analysoiminen aloitettiin purkamalla se osiin. Tutkimusaineistosta poimittiin opinnäytetyön tarkoituksen kannalta erilliselle paperille oleelliset alkuperäistekstit ja ne luokiteltiin ensin saman viriketuokion perusteella omiin ryhmiin.

Pelkistämisen jälkeen seuraa aineiston ryhmittely eli klusterointi, jossa tarkastellaan aineistosta esiin nostettuja alkuperäisilmaisuja ja niistä pyritään löytämään joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä tai molempia. Käsitteet ryhmitellään samaa asiaa tarkoittavien käsitteiden kanssa. Sen jälkeen nämä samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokaksi, joka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112; Kylmä & Juvakka 2007, 118.) Opinnäytetyön aineiston luokittelu toteutettiin niin, että alkuperäisteksteistä alleviivattiin eriväreillä samankaltaisuuksia: ”Vähän väsynyt asukas piristyi tuokion aikana”, ”Piristyvät mielestämme tuttuja esineitä nähdessään, mukava hetki” sekä ”Asukkaat piristyvät kummasti.”. Nämä ilmaisut kerättiin aineistolähtöisesti mistä tahansa vastausten kohdasta, jossa siihen liittyviä ilmaisuja tuli esille. Ilmaisuihin kerättiin sekä henkilökunnan omia näkemyksiä että heidän asukkaista tekemiään huomioita. Samaa tarkoittavat asiat ryhmiteltiin ja yhdisteltiin alaluokaksi. Alaluokkaan nousi ilmaisuja niin muistelu-, musiikki- kuin

lusikka suuhun-jumppatuokioistakin eli viriketuokioita ei enää tässä vaiheessa luokiteltu omi-  
na ryhminä.

Klusteroinnin jälkeen seuraa käsitteellistäminen eli aineiston abstrahointi. Aineistosta poimitaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteiden laatiminen pohjautuu tähän valikoituun tietoon. Tarkoitus on edetä tutkimuksen alkuperäisistä kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja edelleen johtopäätöksiin. Käsitteellistäminen voidaan toteuttaa esimerkiksi muodostamalla ensin alaluokat, sitten yläluokat ja viimeiseksi pääluokat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-114.) Aineiston pelkistämisen- ja ryhmittelyvaiheessa on jo mukana aineiston käsitteellistämistä. Tämä kolmas eli käsitteellistämisen vaihe asettuu limittäin edellisten vaiheiden kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 119.) Opinnäytetyön luokitelluista ilmaisuista muodostettiin teemoittain alaluokkia ja ne nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä kuten ”piristyminen”, ”virkistyminen”. Alaluokkia syntyi 14 kappaletta. Ne yhdistettiin kolmeksi yläluokaksi, joita olivat ”tuotteliaisuus”, ”mielihyvä” ja ”vahvistavuus”. Yläluokat yhdistettiin edelleen yhdeksi yhteiseksi pääluokaksi: ”vetoavuus” (Liite 4). Aineiston käsittelyn vaiheet tapahtuivat lomittain. Alla (Kuvio 4) on esimerkki opinnäytetyön aineiston luokittelusta.



Kuvio 4: Esimerkki aineiston luokittelusta

Aineiston luokittelun jälkeen huomattiin yläluokkien ja pääluokan muodostuneen vastaaviksi kuin aiemmin teoriaosuudessa mainitun Doris Piercen luokittelu. Tuloksien purkamisessa ei ole tarkoituksella pyritty näihin luokkiin, vaan ne muodostuivat saatujen vastausten perusteella spontaanisti.

## 5 Opinnäytetyön tulokset

Toteutusosion ensimmäisessä vaiheessa haettiin vastausta kysymykseen: Millaista viriketoimintaa palvelutalo Hopearinteen osastoilla järjestetään tällä hetkellä? Palvelutalo Hopearinteen viriketoiminnan nykytilanteesta saatiin joka osastolta tietoa, koska tähän kyselyyn tuli jokaiselta osastolta vastaus. Vastausprosentti oli siis 100 %. Vastauslomakkeiden mukaan palvelutalo Hopearinteen asukkaiden keski-ikä vaihtelee 82,4 ja 87 vuoden välillä eri osastoilla. Vastausten mukaan osastojen asukkaista lähes kaikilla tai suurimmalla osalla on joku muistisairaus tai muu muistiin vaikuttava sairaus. Asiasta ei saatu tarkkaa numeraalista vastausta.

Kysyttäessä mikä vastaajien mielestä on viriketoiminta, heidän mukaansa viriketoiminta on kokonaisvaltaista henkistä ja fyysistä hyvinvointia tuottavaa toimintaa. Vastaajien mukaan osastoilla viriketoiminta koostui musiikista, laulusta, jumpasta, elokuvien katselusta ja keskustelusta. Lisäksi yhdellä osastolla vieraili esiintyjiä ja siellä vietettiin erilaisia talon tapahtumia ja juhlia. Näihin tilaisuuksiin oli mahdollista tulla mukaan muiltakin osastoilta. Ulkoilemaan pääsi muun muassa vapaaehtoistoimintaa hyödyntäen. Viriketoimintaa toteutettiin kahdella osastolla spontaanisti työn lomassa esimerkiksi rupatteleamalla hoitotilanteissa. Eli viriketoiminnaksi miellettiin myös hoitotilanteet, jos asukkaan kanssa keskusteltiin samalla. Lisäksi oli lehden lukua ja tv-ohjelmien katselua yhdessä. Yhdellä osastolla oli käytössä viikoittainen viriketoiminnan lukujärjestys ja tämä toiminta oli tarkoitettu muidenkin osastojen asukkaille.

Vastaajien mukaan viriketoiminnalla nähdään olevan piristävä ja innostava vaikutus, sen tuodessa odotettua vaihtelua päiviin. Joissakin asukkaissa viriketoimintaan osallistuminen oman osaston ulkopuolella aiheutti vastaajien mukaan levottomuutta, mutta pääsääntöisesti toiminnan koettiin tuovan osallistujalle hyvää mieltä. Yhden vastaajan mukaan oli palkitsevaa saada mukaan vuodepotilas tai asukas, joka ei yleensä halua osallistua toimintaan. Viriketoiminta oli vastaajien mukaan säännöllistä kaikilla osastoilla loma-aikoja lukuun ottamatta, mutta se ei ollut välttämättä tasapuolista johtuen asukkaan fyysisestä kunnosta tai henkisestä vireystilasta. Yhdellä osastolla viriketuokioita veti pääasiassa palvelutalon vapaa-ajan ohjaaja ja kahdella muulla osastolla viriketoiminta oli kaikkien hoitajien vastuulla.

Toisen vaiheen toteutusosion avulla haettiin vastausta kysymykseen: Miten hoitohenkilökunta kokee opinnäytetyön viriketoiminnan vaikuttavan palvelutalon asukkaisiin ja omaan työhönsä? Osastoilta palautettiin vain kuusi täytettyä viriketoiminnan seuranta- ja arviointilomaketta kun maksimaalinen tulos olisi ollut 42. Yhdellä osastolla oli täytetty 5 lomaketta, toisella 1 ja kolmannella ei yhtään. Viriketuokiot jakautuivat niin, että musiikkia oli pidetty kerran, mui-  
telua oli ollut kaksi kertaa ja lusikka suuhun -jumpaa kolme kertaa. Tuokiot olivat kestäneet

8-30 minuuttia ja niihin osallistui 3-6 asukasta kerrallaan. Vastaajien mukaan ainoastaan yhdellä osallistujalla ei ollut muistisairaus-diagnoosia. Viriketuokiot oli pidetty aamupäivän aikana, ainoastaan yksi tuokio oli pidetty päivällisen jälkeen. Tämä ajankohta koettiin kuitenkin liian myöhäiseksi.

Ilmeisesti liian myöhäinen ajankohta, koska päivällisen jälkeen osallistujat olivat kovin väsyneitä ja ehkä myös osastoa koetellut flunssa vienyt asukkaista mehut.

Viriketuokiot koettiin mukaviksi ja virkistäviksi sekä iloa tuottaviksi. Tuokioista tuli paljon positiivista palautetta. Asukkaiden selvää piristymistä ja virkistymistä oli huomattavissa. Vastauksista heijastui selkeästi toiminnan tuottama mielihyvä (Liite 4).

Kaikki osallistuivat todella hyvin ja muistelivat esineiden käyttöä ja muutakin muistelua tuli, esim. lavatansseissa käymisestä.

Vähän väsynyt asukas piristyi tuokion aikana.

Tuokioista välittyi myös rentoutuminen, vireys ja vaihtelu ja sen yläluokaksi merkittiin näin **vahvistavuus** (Liite 4).

Nukkui tai ainakin silmät kiinni.

Yhdellä jalka vippasi musiikin tahtiin.

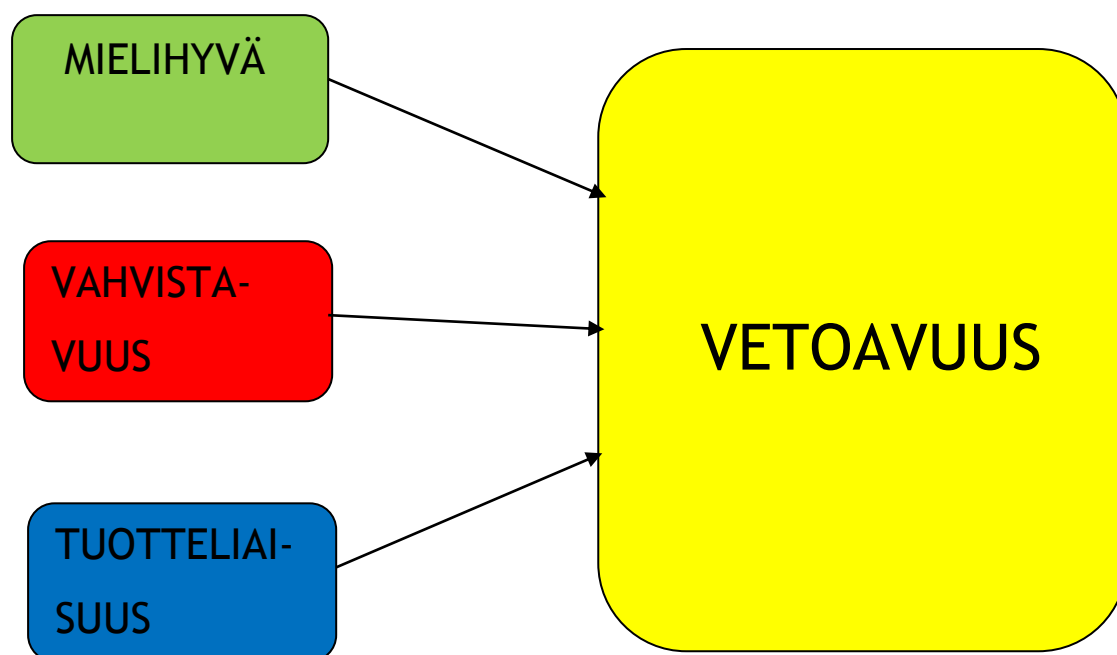
Lusikka suuhun -jumpan vetäminen sekä asukkaiden osallistuminen siihen koettiin hiukan vaikeaksi ja haasteelliseksi. Lusikka suuhun -jumppa voi ensimmäisillä kerroilla olla sekä vetäjille että osallistujillekin vaativaa sen monimuotoisuutensa (sisältää laulua, käsijumppaa, muistelua jne.) vuoksi. Kuitenkin vastaajien kommentit olivat positiivisia ja huomattiin, että vaikka kaikki osallistujat eivät syystä tai toisesta osallistuneetkaan konkreettisesti toimintaan tai osallistuivat vain osin, niin jo yhteinen viriketuokiohetki saattoi olla **tuottelias** (Liite 4). Vaikka tuokioissa ei tuotettu mitään konkreettista, näkyvää materiaalia, koettiin näkymätöntä, aktiivista tuotteliaisuutta. Jokainen osallistuja otti osaa tuokioon itselleen mielekkäällä tavalla ja omia voimavarojaan hyödyntäen. Ryhmätilanteeseen saattoi osallistua myös sivusta seuraamalla.

Lusikkajumppa oli vaikea.

Yksi asukas hymyili koko ajan ja juttua olisi riittänyt. Tuntui että kaikki tykkäsivät, vaikka kaikki eivät jumppaan osallistuneetkaan.

Useat vastaukset sisälsivät samaan aikaan esimerkiksi niin mielihyvää kuin vahvistavuutta tai tuottavaa toimintaa (Kuvio 5). Mielihyvää tuova toiminta voi aikaan saada tuottavuuden tai vahvistavuuden tunteen, mutta yleensä ei samanaikaisesti (Pierce 2003, 80). Yhteenvetona

voi sanoa, että kaikki viriketuokiot olivat **vetoavia** ja vetoavuus muodostuikin pääluokaksi juuri tästä syystä. Toiminnan vetoavuutta syntyy vain silloin, kun jokin tekeminen herättää asiakkaassa vahvistavuuden, mielihyvän ja/tai tuottavuuden tunnetta, jotka voivat esiintyä myös samanaikaisesti toiminnassa. (Pierce 2000, 251-252.)



Kuvio 5: Opinnäytetyön tuloksia

Kehittämisehdotuksia ei noussut jatkoa ajatellen. Ainoastaan tuli palautetta, että lusikka suuhun -jumppa koettiin vaikeaksi. Lusikka suuhun -jumppaa voisi varmasti osallistujien toimintakyky- ja dementia-aste huomioiden helpottaa. Vastauksista kävi kehittämisen kannalta kuitenkin ilmi, että henkilökunta koki, että heillä ei ole riittävästi aikaa järjestää viriketuokioita tai niihin ei voi varata riittävästi aikaa.

Tuokio oli mukava ja olisi ollut kiva jutella vanhoista asioista enemmän, mutta se AIKA!!!

Voisi olla aikaa enemmän.



## 6 Pohdinta

Osastolta, jossa tuntui nykytilanteen kartoituksen mukaan olevan eniten viriketoimintaa, ei kuitenkaan tullut yhtään viriketoiminnan seuranta- ja arviointivastausta. Voiko olla niin, että ensimmäisen vaiheen kyselyyn vastanneet eivät tiedäkään osastonsa todellista tilannetta vai johtuiko vastaamattomuus tietokatkoksesta tai jostain muusta syystä? Aineiston analyysivaiheessa aineiston määrä ei korvaa laatua eikä vaikuta siihen (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 99-100; Kankku-nen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163). Vastausten mukaan viriketoimintaa toteutettiin kahdella osastolla spontaanisti työn lomassa esimerkiksi rupatteleamalla hoitotilanteissa. Vai onko tämä yhtenä syynä siihen, että todellisia viriketuokioita ei sitten olekaan?

Viriketoiminnan seuranta- ja arviointivastauksien vähäisyys suhteessa odotettuun vastausmäärään oli yllättävää. Olisiko jotakin pitänyt tehdä toisin, jotta vastausten lukumäärä olisi ollut suurempi? Olisiko pitänyt hyödyntää viestinnän eri kanavia? Olisiko pitänyt esimerkiksi lähettää etukäteen kirje joka osastolle, jossa kerrotaan tulevasta opinnäytetyöhön liittyvästä viriketoiminnan toteutusvaiheesta? Olisiko puhelimitse tehty päivittäinen viriketuokioista muistuttava yhteydenotto ollut tarpeen toteutusvaiheen aikana? Olisiko pitänyt olla joku houkutin, jonka avulla hoitohenkilökunta olisi innostunut pitämään viriketuokioita ja vastaamaan kyselylomakkeisiin? Viriketuokioiden pitämiset ja seuranta- ja arviointivastaukset perustuivat vapaaehtoisuuteen ja anonymiteettiin, joista oli maininnat saatekirjeessä. Voidaan ajatella, että mahdollisesti omaa toimintaa parantamalla olisi saatu enemmän vastauksia, mutta toisaalta vastaamattomuuden taustalta löytyy yleensä muitakin syitä (Vehniäinen 2009, 2).

Jos viriketoiminta ei ole kenenkään vastuualuetta, se helposti jää muun hoitotyön varjoon. Yleiseen kokemukseemme pohjautuen tieto viriketoiminnan merkityksestä muistisairaille ei ilmeisesti ole riittävää hoitohenkilökunnan keskuudessa ja niinpä se on luultavasti ensimmäisten karsittavien asioiden joukossa silloin, kun aikaa tai työntekijöitä on vähän. Viriketoiminnan ollessa vain yhden ihmisen vastuulla tulee taas ongelmaksi kuka huolehtii viriketuokioista hänen lomien ja vapaiden aikana. Muistisairautta sairastavat tarvitsevat päivittäin virikkeitä ja pientä tekemistä, jotta heidän omatoimisuutensa ja toimintakykynsä säilyisi mahdollisimman pitkään. Muistisairaana henkilön toimintakyvyn tukemisen tavoitteena on muistin virkistyminen. Toimintakyvyn ylläpitämisellä tavoitellaan arjessa selviytymistä ja hyvää elämänlaatua. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 221.)

Mielestämme nykypäivänä hoitotyöhön tulisi kuulua lisääntyvässä määrin somaattisten sairauksien hoidon ohella myös ihmisen toimintakyvyn tukeminen. Tämä luo haasteita hoitajille, sillä heidän tulisi sisäistää kuntoutumista edistävän viriketoiminnan merkitys vanhusten sekä dementiaa sairastavien hoitotyössä. Vaikka esimerkiksi ruokailu, peseytyminen ja terveydenhoidolliset toimenpiteet kuuluvat tärkeänä osana vanhuksen hoitopäivään, ei viriketuokion merkitystä osana päivää saa unohtaa. Viriketuokion suunnittelun ja toteutuksen tulisi siis kuulua mielestämme yhtenä osana työpäivää.

## 6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Eettisiä ratkaisuja joudutaan pohtimaan jo tutkimusaihetta valittaessa ja tutkimuskysymyksiä muodostettaessa. Tieto, mikä tutkimuksella saadaan, tulisi arvioida oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. (Kylmä & Juvakka 2012, 145.) Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä saattaa viedä pohjan tutkimukselta (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Työn eettisiin ongelmiin liittyy keskeisesti lähteiden luotettavuus ja siten luotettavan tutkitun tiedon välittäminen. Lähteiden valinnassa tarvitaan tarkkaa harkintaa eli lähdekritiikkiä. Tutkijan tulee pyrkiä kriittisyyteen sekä lähteitä valitessaan että niitä tulkittaessaan. Ensin varsinaista lukemista tulee kiinnittää huomiota muun muassa kirjoittajan ja julkaisijan tunnettavuuteen, lähteen ikään ja lähdetiedon alkuperään. (Hirsjärvi ym. 2009, 109.) Tiedonhankinnassa kiinnitettiin huomiota siihen, että tiedonhankinta ja tutkimusmenetelmät ovat yleisesti hyväksyttyjä. Aiheeseen liittyvää tutkittua tietoa oli saatavilla hyvin lääketieteellisissä ja gerontologisissa julkaisuissa. Lähteitä valitessa kiinnitettiin huomiota, että kirjoittajat ovat alan asiantuntijoita ja julkaisijat ovat yleisesti tunnettuja. Huomioitiin myös lähteen ikä siten, että pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoretta lähdemateriaalia. Vanhempiakin lähteitä käytettiin, mutta silloin oltiin vakuuttuneita siitä, että lähteestä saatu tieto ei ole vanhentunutta. Opinnäytetyön tekijät varmistivat, että löydetty tieto löytyi myös muista lähteistä eli se oli yleisesti hyväksyttyä tietoa. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 109) mukaan pitäisi pyrkiä käyttämään alkuperäisiä lähteitä niiden iästä huolimatta, sillä tieto on saattanut muuttua monikertaisessa lainaus- ja tulkintaketjussa.

Tutkittavien anonymiteettiä pohdittiin paljon aineistonkeruuta ja sen menetelmää mietittäessä. Opinnäytetyön aineistonkeruu tapahtui kyselylomakkeiden sekä viriketoiminnan seuranta- ja arviointilomakkeen avulla. Lomakkeiden etusivun saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaajat palauttivat kyselylomakkeet nimettöminä suljetussa kirjekuoressa suljettuun palautuslaatikkoon. Kyselylomakkeeseen vastasi vain kolme henkilöä ja he ovat kaikki eri osastoilta, joten tulosten raportoinnissa huomioitiin kuinka ja missä valossa tutkittavien antama tieto esitettiin. Seuranta- ja arviointilomakkeita palautui vain kuusi kappaletta ja mietittiin, miten aineiston tulokset esitetään. Osastojen nimien sijaan käytettiin numeroita 1, 2 ja 3 satunnaisessa järjestyksessä ja niin että osastoja ei voi tunnis-

taa. Opinnäytetyön kohdeorganisaation nimen mainitsemista ei kielletty. Aineistonkeruulomakkeita lukivat vain opinnäytetyön tekijät ja työn valmistuttua vastauslomakkeet tuhottiin paperisilppurissa.

Mietittiin myös sitä, minkä pituisia viriketoimintajaksojen olisi oltava. Olisiko lyhytkestoinen intensiivisempi jakso hyödyllisempi kuin pidemmän aikavälin viikoittainen toiminta? Jos toimintaa tehdään intensiivisesti, siitä muodostuu kyseisen ajan kohokohta. Muuttuuko pitkäkestoinen viikoittainen toiminta liian arkipäiväiseksi? Yhdessä todettiin kuitenkin, että ei ole olemassa kyllästymisvaaraa, vaikka toimintaa alettaisiinkin toteuttamaan päivärutiinien joukossa. Tämä koettiin myös vaikuttavammaksi ja paremmin ikäihmisille sopivammaksi kuin keran viikossa tai kuukaudessa tapahtuva toiminta.

Tehtäessä ikäihmisiin liittyvää tutkimusta on aina syytä pohtia sitä, kuka hyötyy tutkimuksesta viime kädessä eniten. Usein tutkimusta tehdään ainoastaan säästökohteiden löytämiseksi tai tehokkuuden lisäämiseksi. Yhteiskunnalle tulevan hyödyn lisäksi tutkimusta tulisi kuitenkin aina tarkastella iäkkäiden ihmisten ja heidän hoitajiensa näkökulmasta. Tutkimusta kokonaisuudessaan on vaikea perustella eettisesti, elleivät nämä ihmisryhmät hyödy siitä lainkaan. (Sarvimäki 2006, 10.) Tässä opinnäytetyössä viriketoiminta kohdistui palvelutalo Hopearinteen osastojen asukkaisiin ja sitä oli tarkoitus tarjota heille kolmen viikon ajan arkipäivisin. Henkilökunnalle annettiin valmis toimintamalli, minkä voisi ajatella helpottavan heidän työtään. Näin ollen voitaneen ajatella, että sekä osaston asukkaat että henkilökunta hyötyivät opinnäytetyön viriketoiminnasta.

On varmistettava ettei julkaista tietoa, josta voisi olla haittaa tutkittaville. Tuloksista raportoitaessa pyritään säilyttämään kantaa ottamaton asenne. (Vilka 2009, 33-34). Opinnäytetyön toteutuksessa huomioitiin yleiset tutkimusetiikan vaatimukset ja yleiset ammattieettiset ohjeet. Tässä työssä korostettiin etenkin luottamuksellisuutta, objektiivisuutta sekä henkilökunnan että asukkaiden mielipiteiden kunnioittamista. Lisäksi otettiin huomioon yhteistyöhön arvot. Pyrkimyksenä oli, että opinnäytetyöstä välittyisi kunnioitus hoitajien ammattitaitoa ja osaamista kohtaan, koska nämä olivat toteuttamassa viriketoimintaa. Objektiivisuutta saattoi vähentää se, että kerättyjen kokemusten kautta halusimme selvittää hoitajien kokemuksia virikkeistä viriketoiminnan edistämiseksi ja eteenpäin saattamiseksi.

Opinnäytetyön sensitiivisyyttä pohdittiin koko tutkimuksen ajan, koska viriketoimintaan osallistui iäkkäitä ihmisiä ja jollain heistä saattoi olla muistisairaus. Tämän vuoksi haettiin tutkimuslupaa sekä Vihdin Vanhainkoti- ja hoivayksiköltä että myös Eettiseltä toimikunnalta. Raportissaan Vanhuus ja hoidon etiikka, ETENE korostaa iäkkään ihmisen oikeutta säilyttää yksityisyytensä, ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa. Heidän mukaansa eettisesti hyvä, yksilöllinen hoito toteutetaan kuulemalla vanhuksen oma tarina ja toiveet, kohtelemalla häntä ainutkertaisena

yksilönä ja huomioimalla hänen omat näkemyksensä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008.)

## 6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön pyrkimyksenä oli tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta asiasta. Luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka totuudenmukaista tietoa on tuotettu (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole mitään yksiselitteisiä ohjeita. Laadullista tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena. Tärkeää on tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus (koherenssi). Tutkijan tulee kuvata riittävän tarkasti tutkimusprosessia, jotta selviää miten tutkimus on tehty ja jotta tutkimustuloksia voidaan arvioida. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 135-138). Tärkeä luottamuskysymys aineiston ja tulosten suhteen on niiden kuvaus, joka edellyttää tutkijalta tarkkaa kuvausta. Vahvistettavuuden edellytyksenä on tutkijan mahdollisimman tarkka kirjaaminen tutkimusprosessista niin, että lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen kulkua. Tutkimuksessa on tärkeää kuvata, miten käytetyn aineiston pohjalta on päädytty kyseisiin tutkimustuloksiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 133; Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyötä tehdessä huomioitiin teoreettisen toistettavuuden periaatteet kirjaamalla työn etenemisen vaiheet, tavoitteet ja tarkoitus mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja totuudenmukaisesti, jotta lukija voi ne ymmärtää.

Laadullista tutkimusta arvioidaan aina kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Koko prosessi kokonaisuudessaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Luotettavuutta arvioitaessa on hyvä kiinnittää huomiota ainakin siihen, miten aineisto on kerätty, ja siihen, millä perusteella tiedonantajat on valittu ja paljonko heitä on sekä toisaalta aineiston analyysin toteuttamiseen ja johdonmukaisuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella jo tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksessa on perusteltu tutkimuksen merkitys sisällöllisesti, menetelmällisesti sekä eettisesti. Siinä on nimetty tutkimuksen tarkoitus sekä tutkimustehtävät. Aineistonkeruuta ja sen analyysiä kuvataan mahdollisimman tarkasti tutkimuksessa. Tutkimuksesta pyritään saamaan selkeä ja luettava raportti, jotta tutkimus olisi luotettava. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-129.) Tämä opinnäytetyö on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman johdonmukaisesti niin, että lukijan on mahdollista seurata opinnäytetyön etenemistä. Työssä on pyritty kuvaamaan valitut menetelmät ja ne on perusteltu eri vaiheissa. Tämä lisää työn luotettavuutta. Luotettavuutta lisää myös se, että tässä opinnäytetyössä käytettiin tulosten yhteydessä vastausten alkuperäisilmaisuja kuvaamaan aihetta.

Aineistonkeruumenetelmäksi valitut kysymyslomake sekä viriketuokion seuranta- ja arviointilomake valittiin useastakin syystä. Lomakkeiden selkeä etu oli niiden joustavuus. Lomakkeen

täyttäjää pystyi sen täyttämään hänelle sopivaan aikaan. Näin se ei sitonut vastaajien työaikaa samalla tavoin kuin esimerkiksi haastattelu. Ensimmäisen vaiheen vastaajiksi valittiin ne henkilöt, joiden arveltiin parhaiten tietävän viriketoiminnan nykytilanne osastollaan. Toisen vaiheeseen haluttiin kuitenkin vastauksia useammalta viriketoiminnan vetäjältä, jotta vastauksista voisi löytyä yleistettävyyttä. Lomakkeiden luotettavuutta lisäsi sen esitestaus kolmella henkilöllä.

Lomakkeiden sijaan olisi voinut ajatella esimerkiksi haastattelua ensimmäisessä vaiheessa tai viriketuokioiden vetämistä itse samalla havainnoiden toisessa vaiheessa, mutta ne olisivat vieneet huomattavasti enemmän aikaa ja vaatineet opinnäytetyön tekijöiltä taloudellisia resursseja. Molemmat tekijät työskentelevät täysipäiväisesti opiskelujen ohella ja toisella on palvelutaloon pitkä matka. Tärkein syy kyselylomakkeen valinnalle oli kuitenkin se, että henkilökuntaan kuulumattomien ulkopuolisten henkilöiden toteuttama viriketoiminta voi olla vanhuksia viihdyttävää, mutta tavoitteellista ja kuntouttavaa toimintaa se ei ole, koska tällöin toiminnan lähtökohtana ei ole vanhusten yksilölliset tarpeet (Airila 2002, 9). Viriketoimintaa järjestettiin tietoisesti aamupäivisin, koska vanhukset ovat silloin yleensä virkeimmillään. Myös lomakkeiden saatekirjeen laadintaan kiinnitettiin huomiota niin, että se motivoisi osallistumaan tutkimukseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuudella ja vahvistettavuudella. Laadullisessa tutkimuksessa uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.) Opinnäytetyön tekijät kävivät sovitusti palvelutalo Hopearinteessä kertomassa viriketuokioiden pitämisestä ja kyselylomakkeiden täyttämisestä. Paikalla olivat silloin työvuorossa olevat työntekijät ja viriketuokioiden vetämistä esiteltiin heille heidän työn tekonsa lomassa. Tiedon viriketuokioiden vetämisestä piti siirtyä paikalla olijoilta muulle henkilökunnalle. Tuokioiden vetämistä ei vastuutettu konkreettisesti kenellekään ja se voi olla yhtenä syynä tuokioiden vähäisyyteen. Toisaalta haluttiin useamman eri hoitajan näkemyksiä ja kokemuksia viriketuokioista ja tämän vuoksi vetämistä ei vastuutettu kenellekään. Lisäksi palvelutalossa hoitajat tekevät vuorotyötä, mikä olisi hankaloittanut vastuuhenkilön sitoutumista viriketuokioiden pitämiseen.

Vahvistuvuus tarkoittaa sitä, että tehdyt tulkinnot saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2001, 211 - 212). Esimerkiksi Vehniäinen (2009, 2) on kuvannut pro gradu - tutkielmassaan viriketoiminnan estäviä tekijöitä. Niitä olivat esimerkiksi hoitohenkilökunnan vähyys, ajan puuttuminen ja hoitajien asenteet. Potilaisiin liittyviä estäviä tekijöitä olivat haasteellinen käyttäytyminen ja potilaiden huono kunto. Edistäviä tekijöitä olivat henkilökunnan lisääminen ja koulutus. Tämän opinnäytetyön mukaan aika tai sen puute sekä asiakkaan huonokuntoisuus olivat esteenä viriketoiminnalle. Ilmeisesti virike-

tuokioiden vetäminen oli syystä tai toisesta haasteellista. Näin ollen tämän opinnäytetyön tulokset vastaavat ainakin tältä osin edellä mainitun tutkimuksen tuloksia.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset on kuvattu ymmärrettävästi niin, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Vahvistettavuus kuvaa myös sitä, miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 133; Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Vehniäisen pro gradu-tutkimustulosten mukaan vanhusten viriketoimintaa pitkäaikaishoitolaitoksessa järjesti useimmiten askartelunohjaaja kerran tai kaksi viikossa. Vehniäisen tutkimuksessa viriketoinnilla on hoitohenkilökunnan mielestä enemmän vaikutusta vanhuksen mielialaan, sosiaaliin ja psyykkiseen toimintakykyyn kuin fyysiseen toimintakykyyn. Tässä opinnäytetyössä vedettiin johtopäätös, että viriketoimintaa ikäihmisille tarjosivat pääasiallisesti osaston vapaa-ajan ohjaaja tai hoitaja ajan niin salliessa. Viriketuokioita ei kuitenkaan pidetty järjestelmällisesti.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tuloksia voidaan soveltaa muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Tämä edellyttää sitä, että tutkimuksessa kerrotaan riittävän tarkasti kohderyhmästä sekä ympäristöstä. Uskottavuuden kannalta oleellista on ymmärtää tutkimukseen vastanneiden näkökulma tutkittavasta ilmiöstä. Näin ollen saadaan mahdollisimman totuudenmukainen tutkimustulos. Jotta tutkija voisi ymmärtää kohderyhmän näkökulmaa, tulee hänen olla riittävän paljon tekemisissä tutkimuskohteena olevan ilmiön kanssa. Tutkimustulosten raportoinnissa uskottavuus ja siirrettävyys korostuvat. Tutkimuksen uskottavuutta voi lisätä aineistotriangulaatio. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-134.) Kokemuksia kerättiin viriketoiminnasta, henkilökunnan näkemyksistä sekä heidän näkemistään viriketoiminnan vaikutuksista asukkaisiin. Eettisten syiden vuoksi tutkimukseen osallistujia ei kuvattu tarkasti, mutta tutkimuskohdetta kuvattiin kattavammin. Tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan selvästi, rehellisesti ja ymmärrettävästi tutkimuksen kulkua hyödyntäen eri tutkimusvaiheissa tehtyjä muihinpanoja. Näin työn siirrettävyyttä on helpompi arvioida ja verrata muihin tilanteisiin.

Tätä viriketoimintamallia voisi hyödyntää erilaisten kohderyhmien arkisen elämän rikastuttamiseen ja ihmisten minäkuvan vahvistamiseen. Viriketoiminnan aiheuttama tunnejälki ja vaikutus ihmisten arjessa olivat nähtävissä, koska konkreettinen toiminta pystyttiin todentamaan. Vanhusalan lisäksi samanlaista tai samankaltaista toimintaa voisi ajatella voivan hyödyntää esimerkiksi kehitysvammaisten tai muilla tavoin vammaisten, syrjäytyneiden sekä mielenterveyskuntoutujien kanssa.

### 6.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyö kohdistui muistiterveyden ylläpitämiseen ikäihmisillä viriketoiminnan avulla ja se antoi tietoa viriketoiminnan vaikutuksista Vihdin Vanhainkötisäätiön palvelutalo Hopearinteen asukkaisiin, joista enemmistöllä on jokin muistisairaus. Työ toteutettiin laadullisena tutkimuksena kahdessa eri vaiheessa. Tutkimuskysymyksiä pyrittiin selvittämään tarkentavia sekä avoimia kysymyksiä sisältävillä kyselylomakkeilla opinnäytetyön molemmissa toteutusvaiheissa. Kyselyt kohdistettiin hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena oli viriketoiminnan avulla kehittää muistiterveyden ylläpitämistä iäkkäillä ja samalla voimaannuttaa hoitohenkilökuntaa arjen työssä.

Tässä opinnäytetyössä haettiin vastauksia kysymyksiin: Millaista viriketoimintaa palvelutalo Hopearinteen osastoilla järjestetään tällä hetkellä? sekä Miten hoitohenkilökunta kokee opinnäytetyön viriketoiminnan vaikuttavan palvelutalon asukkaisiin ja omaan työhönsä? Ensimmäiseen kysymykseen saatiin vastaukseksi viriketoiminnan olevan monipuolista ja spontaania toimintaa osastoilla. Vastaajien mukaan viriketoiminnalla nähtiin olevan piristävä ja innostava vaikutus, sen tuodessa odotettua vaihtelua päiviin. Toiseen kysymykseen vastauksista heijastui selkeästi toiminnan tuottama mielihyvä. Mielihyvää koki sekä viriketoiminnan vetäjä huomautessaan tuokion vaikutuksen asukkaisiin että asukas saadessaan olla mukana toiminnassa. Mielihyvää tuottavassa toiminnassa toiminnan nautinnollisuus korostuu (Pierce 2003, 10, 86; Hautala ym. 2011, 118). Mielihyvää tuova toiminta voi olla myös aktiivista toimintaa tai vahvistavaa toimintaa, mutta yleensä ei kuitenkaan molempia samanaikaisesti (Pierce 2003, 80). Muistelut lisäävät luovuutta ja antavat ilon ja nautinnon hetkiä (Vallejo-Medina ym. 2006, 85). Esimerkiksi ”Muistaakseni laulan” -ohjelman vaikuttavuutta on tutkittu tieteellisesti. Tulosten mukaan mieluisan musiikin kuuntelu ja /tai laulaminen yhdessä hoitohenkilöstön tai omaisten kanssa parantaa muistisairaiden henkilöiden sanojen muistamista ja tietoisuutta omasta ympäristöstään. (Miina Sillanpää Säätiön julkaisuja 2011.) Viriketuokion tarkoitus on rikastuttaa vanhuksen elämää ja edistää tai ylläpitää terveyttä (Vallejo-Medina ym. 2006, 85).

Tuokiot koettiin mielihyvän ohella myös vetoaviksi sekä tuotteliaiksi. Sama toiminta kiinnosti ihmisiä eri tavoin. Toiminnan kiinnostavuus peilaa tässä toiminnan kutsuvuutta. Vaikka tuokioissa ei tuotettu mitään konkreettista, näkyvää materiaalia, koettiin näkymätöntä, aktiivista tuotteliaisuutta. Kaikki viriketuokiot olivat sekä asukkaisiin että henkilökuntaan vetoavia. Näin ollen hoitotyössä viriketoiminta tulisi mieltää yhtä tärkeäksi toiminnaksi kuin esimerkiksi perushoito ja lääkehoito. Viriketoiminta tulisi nähdä osana kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Dementoituneiden ryhmäkoon tulee olla pieni. Mitä pidemmälle dementia on edennyt, sitä pienempiä ryhmien tulee olla. Maksimi ryhmäkoko on kuusi dementoitunutta kahta ohjaajaa kohden. (Aremyr 1992, 91-92.) Näin ollen ryhmäkoot olivat olleet tutkittuun tietoon nähden

ilmeisen sopivat. Jokainen osallistuja otti osaa tuokioon itselleen mielekkäällä tavalla ja omia voimavarojaan hyödyntäen. Ryhmätilanteeseen saattoi osallistua myös sivusta seuraamalla. Joku muistisairas voi nauttia toiminnasta olemalla sivustakatsoja eikä aktiivisesti toimintaan osallistuva (Heimonen & Voutilainen 2006, 42, 63-64).

Laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on tulkintojen avulla näyttää ihmisen toiminnasta jotakin, joka ei ilmene välittömällä havainnolla (Vilkkä 2009, 98). Saatujen vastausten perusteella viriketoimintatuokioiden voidaan katsoa tuottaneen positiivisia kokemuksia sekä asukkaille että hoitohenkilökunnalle. Näkyisikö toimintakyvyn muutoksia asukkaissa ja sitä kautta vaikutusta myös hoitohenkilökunnan työssä, jos viriketuokioita pidettäisiin päivittäin joka osastolla?

Viriketuokioiden vetämisessä henkilökunnalle tarjoutuu mahdollisuus hyödyntää omaa, ehkä nykyisen ammattiroolin ulkopuolista osaamista ja laajentaa näin työnkuvaansa. On mahdollista, että viriketuokioiden vetäminen on syystä tai toisesta haasteellisempaa silloin, kun jonkun muun kuin virikevastaavan pitäisi sitä tehdä. Tämä voi tulla ongelmaksi virikevastaavien lomakausina. Suunnitelmallisella ja järjestelmällisesti toistuvalla viriketoiminnalla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden toimintakyvyn säilymisessä. Viriketoiminnassa on tärkeää jatkuvuus. (Koponen & Saarela 2010, 488–490.) Syväällisemmät ja pitkäaikaisemmat vaikutukset eivät ole näin lyhyellä aikavälillä ja näin harvoin toteutetuista viriketuokioista mitattavissa. Silti näidenkin muutamien viriketuokioiden aiheuttama positiivinen tunnejälki, vaikutus sekä vetoavuus ihmisten arkeen oli nähtävissä.

Johtopäätöksenä voidaan esittää, että viriketoiminnan merkitys on sekä iäkkäälle ihmiselle että työntekijälle tärkeää. Työntekijälle se antaa työpäivään mielekkyyttä ja edistää näin esimerkiksi työhyvinvointia. Ikäihmiselle se taas antaa eväitä toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä tuo hyvän olon ja mielen. Jokaisella hoitajalla on omat erityistaitonsa ja kiinnostuksen kohteensa, joita he voisivat vielä paremmin hyödyntää työssään. Mahdollisuus käyttää työssä hyödyksi omia yksilöllisiä taitoja lisää henkilökunnan motivaatiota ja jaksamista, mikä puolestaan edistää asiakkaana olevien vanhusten kuntoutuksen vaikuttavuutta (Granö 2007, 170). Mielestämme työntekijöiden on houkuttelevampaa työskennellä sellaisen työnantajan palveluksessa, joka panostaa henkilökunnan työhyvinvointiin, työterveyteen ja työympäristön viihtyisyyteen. Samoin yhteinen viriketoiminta parantaa työyhteisön ilmapiiriä ja lisää työntekijöiden työhyvinvointia ja työmotivaatiota. Työntekijöiltä odotetaan paljon osaamista, jotta joku uusi toimintatapa menee eteenpäin. Heiltä vaaditaan uskallusta astua ulos totutuista kaavoista. Mielestämme tyytyväinen työntekijä kuitenkin heijastaa ympärilleen positiivista energiaa ja työn tekeminen antaa iloa, kun hän kokee työnsä mielekkäänä.



## 6.4 Lopuksi

Kiristynyt taloudellinen tilanne haastaa myös vanhushuolteen toimijat parantamaan yleistä mielikuvaa palvelun tarjoajasta. Asiakkaista kilpaillaan ja palvelun laadun syventäminen lisää tarjottavan asumispalvelun arvoa. Hoitotyössä viriketoiminta tulisi mieltää yhtä tärkeäksi toiminnaksi kuin esimerkiksi perushoito ja lääkehoito. Viriketoiminta tulisi nähdä osana kokonaisvaltaista ja terveyttä edistävää tai ainakin ylläpitävää hoitotyötä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 25.) Viriketoiminta on yhden tai useamman henkilön aktivoimista mielekkäällä toiminnalla ja sen pyrkimyksenä on edistää ja ylläpitää muistisairaalan toimintakykyä. Viriketoiminta voidaan nähdä osana muistisairaalan erikoishoitoa, joka ei ole korvattavissa muilla hoidon keinoin. (Heimonen & Voutilainen 2001, 96.)

Voidaan myös ajatella, että dementoituneelle ei voida tai kannata järjestää viriketoimintaa. Viriketoiminta on erittäin tärkeää, etenkin huonokuntoisille iäkkäille, jotka ovat riippuvaisia toisen ihmisen antamasta avusta ja tuesta (Airila 2002, 9). Mahdollisuus mielekkäiden asioiden tekemiseen omien voimavarojen mukaan antaa myös paljon apua ja hoivaa tarvitsevalle vanhukselle tunteen siitä, että hänet hyväksytään omana persoonanaan. Kuntoutumista edistävää hoitotyö auttaa asiakkaana olevaa vanhusta kokemaan autonomiaa, elämänhallinnan tunnetta, iloa, toivoa ja itsetuntoa. (Granö 2007, 170.) Riippumatta dementian vaikeusasteesta muistisairaalat hyötyvät merkittävästi yhteisestä laulutuki-ohjelmasta, ohjatusta liikunnasta tai muusta heille järjestetystä viriketoiminnasta. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 88).

Vanhuksen elämän mielekkyys säilyy silloin, kun hänen päivä- ja viikkoaikataulunsa rytmittyy muun kuin ruoka-aikojen tai pesujen mukaan. Tällöin vanhus kokee elämän yhtenäisyyden ja on vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Ajan rytmittyessä vain ruoka-aikojen mukaan elämän yksitoikkoisuus lisääntyy. (Arponen 1992, 225.)

Yhtenä jatkotutkimusmahdollisuutena voisi selvittää hoitoalan opiskelijoilta, antaako nykyinen koulutus riittävästi valmiuksia käyttää viriketoimintaa hoitotyössä. Toisena jatkotutkimusmahdollisuutena voisi tutkia, antaako hoitoalan koulutus valmiuksia kohdata muistisairasta ja ymmärtää hänen tarpeitaan. Aihetta voisi jatkotutkia myös niin, että miten nämä viriketoiminnot soveltuisivat esimerkiksi iäkkäiden kehitysvammaisten päiväaikaisen toiminnan, niin sanotun senioritoiminnan tueksi ja miten ne siellä vaikuttaisivat?

Mielestämme viriketoiminta vahvistaa sekä asiakkaan että työntekijän arkea, silloin kun se on luonnollista ja helposti toteutettavaa toimintaa.

## Lähteet

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K.-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön: osaamista hyvään arkeen. Porvoo: WSOY.
- Airila, A. 2000. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käytösoireisiin. Ikäinstituutti. Viitattu 14.4.2014. [www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/](http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/1/fid/)
- Airila, A. 2009. Vanhusten viriketoiminnan perusteet - opas vanhustyöntekijöille. Ikäinstituutti.
- Alaranta, M. 2006. Tarinatupa®, Samtalskafé. Muistelemisesta voimavaroja itsenäiseen selviytymiseen. Loppuraportti. Raportti nro 5. Eläkeliitto ry. Helsinki: Multiprint.
- Alhainen, K., Erkinjuntti, T., Huovinen, M., & Rinne, J. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Gummerus.
- Andersson, C. 2001. Teoksessa Levonen, Terttu: Ikä karttuu elämä jatkuu - Ikääntyminen muuttuvassa yhteiskunnassa. Helsinki: Gummerus.
- Aremyr, G. 1992. Dementiapotilaan aktivointi. Keuruu: Otava.
- Arponen, O. 1992. Viriketoiminnan merkitys ja keinot. Teoksessa Arponen, O. & Hervonen, A. (toim.) Mitä kotihoidon jälkeen: dementian hoitovaihtoehdot. Julkaisija Tampereen Dementiayhdistys ry. Kustantaja Lääketieteellinen Oppimateriaalikustantamo .
- Atula, S. 2013. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 25.3.2014. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)
- Brooker, D. & Duce, L. 2000. Wellbeing and activity in dementia. Teoksessa Aging & Mental Health. 4/4. Routledge: Part of the Taylor & Francis Group.
- Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Vataja, R. 2007. Käytösoireet - hoidon haaste. Teoksessa Vuori, U. & Heimonen, S. (toim.): Tue muistisairaansa ihmisen kotona asumista - opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiayhdistys ry. Perusoppaat julkaisu. Julkaisu n:o 4/2007. Helsinki: Paintek Pihlajamäki Oy.
- Epäily, T. & Puhakainen, V. 2010. Aistivirikeprojekti. Raportti. Heseva-koti. Helsinki.
- Erkinjuntti, T. 2006. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T. , Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.): Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto.
- Erkinjuntti, T. 2006. Muistihäiriöiden ja dementioiden mekanismit ja syyt. Teoksessa Erkinjuntti, T. , Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.): Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto.
- Erkinjuntti, T. 2001. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M. 2008. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 142-158.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Teoksessa muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Helsinki.

Fratiglioni, L., Launer, L.J., Andersen, K., Breteler, M.M., Copeland J.R., Dartigues, J.F., Lobo, A., Martinez-Lage, J., Soininen, H. & Hofman, A. 2000. Incidence of dementia and major subtypes in Europe. A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic diseases in the elderly research group. Neurology 2000. 54,10-15.

Granö, S. 2007. Muistisairaudet elämänsä muokkaajina - Kuntoutuksessa on mahdollisuus. Teoksessa Tulva, T., Uusitalo, I. & Harra, K. (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Opetus-, kasvatusta ja koulutusalojen säätiö, OKKA-säätiön julkaisuja. Tallinnan yliopiston sosiaalityön laitoksen julkaisuja. Helsinki: OKKA-säätiö. Eesti, Tallinna: Tallinnan yliopiston sosiaalityön laitos.

Granö, S. 2010. Muistisairaahan ihmisen kuntoutumisen tukeminen. Viitattu 8.3.2014.  
[http://www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi/mp/db/file\\_library/x/IMG/31877/file/SirpaGrano.pdf](http://www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi/mp/db/file_library/x/IMG/31877/file/SirpaGrano.pdf).

Granö, S., Hyvärinen-Meler, P., Högström, H., Kaijanen, S., Kallioma, S. & Telaranta, P. 2009. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja dementia-työryhmän hoitotyön itsearviointiin ja kehittämiseen. Helsinki: Muistiliitto. Muistiliiton julkaisusarja.

Hakonen, S. 2003. Muistelu. Teoksessa Hakonen, S. & Marin, M. (toim.): Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Juva: WS Bookwell Oy.

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2014. Muistisairaudet kansanterveydellisenä ja inhimillisenä haasteena. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkä, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

Harmer, B. & Orrel, M. 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. Teoksessa Aging and Mental Health. Vol. 12, No. 5, September 2008.

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2001. Dementoituvan hoitopolku. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin, dementoituvien kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helin, K. 2000. Yhdessä menestymisen taito. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Hervonen, A. 2001. Muisti pettää-jättääkö järki. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Karisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi.

Hohenthal-Antin, L. 2009. Muistot näkyviksi. Muistelu-työn menetelmiä ja merkityksiä. Juva: PS-kustannus.

Hopearinne. Viitattu 30.3.2014. [www.hopearinne.fi](http://www.hopearinne.fi)

Hänninen, T. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöiden oirediagnostiikka. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Härmä, H. & Granö, S. 2010. Työikäisen Muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY.

Härmä, H., Hänninen, R. & Suhonen, J. 2010. Muisti kuormittuu ja kaipaa huoltoa. Teoksessa Härmä H & Granö S. (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy.

Jen-Hau, C., Kun-Pei, L. & Yen-Ching, C. 2009. Risk Factors for Dementia. Journal of the Formosan Medical Association 108(10).

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. 3. uudistettu painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: PS-kustannus, 70-85.

Knoptman, D., Richie, K., Polge, C., Alafuzoff, I., Soininen, H. 2002. Alzheimer's disease. Julkaisussa: Quizilbash, N., Schneider, LS., Chui, H. 2002. Evidence based dementia practice. Oxford: Blackwell.

Koivisto, K. 2004. Oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan-kohti toimivaa hoitoketjua; Heimonen, Sirkka-Liisa & Tervonen Sari (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita.

Koponen, H. & Saarela, T. 2006. Käyttöoireiden hoito. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne & Hilka Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Koponen, H & Saarela, T. 2010. Käyttöoireiden hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Korkiakangas, P. 2002. Muistelusta voimavaroja vanhuuteen. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.): Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.

Koskisu, J. & Granö, S. 2006. Näkökulmia kuntoutukseen. Muisti Alzheimerkeskusliiton julkaisu 19.vuosikerta 1.2006. Oikeus aktiiviseen arkeen. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto Ry.

Kurki, L. 2007. Innostava vanhuus. Sosiokulttuurinen innostaminen vanhempien aikuisen parissa. Anjalankoski: Solver Palvelut Oy.

Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito -suositus. 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Päivitetty 13.8.2010. Viitattu 8.3.2014. <http://www.kaypahoito.fi>

Laukka, P. 2007. Uses of music and psychological well-being among the elderly. Journal of Happiness Studies. Vol. 8. Number 2.

Latvala, E., & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S., Nikkonen M. (toim.): Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Lee, Y., Back, J., Kim, J., Kim, S., Na, D., Cheong, HK., Hong, CH. & Kim, Y. Systematic review of health behavioral risks and cognitive health in older adults. International Psychogeriatric 22(2), 174-187.

Lundgren, J. 1998. Ryhmätilanteet dementoituvan toimintakyvyn tukena. Teoksessa Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Lundgren, J. 2000a. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa Heimonen & Voutilainen. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi: Hoitaja toimintakyvyn tukijana. - Helsinki: Edita Prima Oy.

Lyyra, T.-M. & Tiikkainen, P. 2008. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P.(toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Majamaa, K. 2010. Harvinaiset perinnölliset etenevät muistisairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 191-197.

Mangialasche, F., Solomon, A., Winblad, B., Mecocci, P. & Kivipelto, M.2010. Alzheimer's disease: Clinical trials and drug development. Lancet Neurology, 9. Viitattu 19.3.2014.

Martikainen, J., Viramo, P. & Frey, H. 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

Miina Sillanpään Säätiö 2014. Viitattu 25.3.2014. [http://www.miinasillanpaa.fi/fin/tutkimus- ja kehittamistoiminta/paattyneet\\_hankkeet/](http://www.miinasillanpaa.fi/fin/tutkimus- ja kehittamistoiminta/paattyneet_hankkeet/)

Muistiliitto ry. Aivoterveys. 2014. Viitattu 29.12.2014. [http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/aivot\\_ja\\_muisti/aivoterveys/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/aivot_ja_muisti/aivoterveys/).

Muistiohjelma 2012. Viitattu 10.3.2014. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/>

Mäki, O. 1998. Muistelu - Kuntouttavaa työtettä parhaimmillaan. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.): Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki:Tammi.

Mäkinen, E., Kruus-Niemelä, M. & Roivas, M. 2009. Ikäihmisen hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Kuntoutumisen merkitys ja lähtökohdat muistisairaudessa. Teoksessa Hallikainen, M.,Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

Niensted, W. & Kallio, S. 2006. Luut ja ytimet. Ihmiselimistö lyhyesti. Porvoo: WSOY.

Numminen, A. 2005. Laulutaidottomasta kehittyväksi laulajaksi. Sibelius akatemia. DocMus-yksikkö. Studia Musika 25. Väitöskirja.

Numminen, A. 2009. Musiikilla on voima luoda koti. Memo.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Paetau, A., Kovanen, J., Haltia, M. & Kalimo, H. 2010. Prionitaudit. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 179-184.

Pierce, D. 2000. Occupation by Design: Dimensions, Therapeutic Power, and Creative Process. The American Journal of Occupational Therapy 55 (3).

Pierce, D. 2003. Occupation by Design. Building Therapeutic Power. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 121-141.

Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vetäilytutkimus. Tampere: Juvenes Print.

Punkanen, T. & Eloranta, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.

Rinne, J. 2010. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 159-164.

Rinne, J. 2010. Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 172-178.

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 165-171.

Rovio, S., Kareholt, I., Helkala, E., Viitanen, M., Winblad, B., Tuomilehto, J., Soininen, H., Nissinen, A. & Kivipelto, M. 2005. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. Lancet Neurology 4, 705-711.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Sarvimäki, A. 2006. Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Teoksessa Topo, Päivi (toim.): Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Stakesin työpapereita 21/2006. Helsinki: Valopaino Oy, 9-13.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveysten edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveysten edistämisen keskus ry.

Savolainen, S., Leinonen, V. & Koivisto, A. 2010. Normaalipaineinen hydrokefalia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 185-190.

Shigeta, M. & Homma, A. 2007. Alzheimer's Disease. Edited by Blackburn, James A. & Dulmus, C N. Handbook of gerontology. Evidence-based approaches to theory, practice, and policy. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Siltanen, P. 2000. Uuteen palvelutaloon kotiutumien vanhuksen kokemana. Seinäjoen ammatikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma.

Soininen, H. & Kivipelto, M. 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti T, Rinne J & Soininen H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Sosiaali- ja Terveysministeriö. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020 Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Helsinki 2012. Viitattu 6.3. 2014. <http://www.stm.fi>  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf).

Strömqvist, J. 2005. Vad är Alzheimers sjukdom? Fakta om Alzheimers sjukdom. Åbo. OY H. Lundbeck AB.

Sulkava, R. 2001. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sulkava, R. 2003. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P. Lehtonen, A. ja Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna: Duodecim.

Sulkava, S. & Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Suomen dementiahoitoyhdistys. 2004. Dementiamailma. 4. painos. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys ry. Sarja: Perusoppaat. Julkaisu. n:o 1.

Suominen, M. 2014. Muistisairaana ruokailu. Teoksessa Hallikainen M., Mönkkäre R., Nukari T. & Forder M. (toim.) Dementoituvan hoitopolku. Tampere: Tammi.

Särkämö, T. 2011. Music in recovering brain. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteellinen tiedekunta, käyttäytymistieteiden laitos. Helsinki. Väitös.

Tamminen, N. & Solin, P. (toim.) 2013. Viitattu 29.12.2014. [Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. THL opas 27.](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1)  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL\\_OPA2013\\_027\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1)

Tinell, M. 2001. Päivätoiminta - mielekästä sisältöä arkipäivään dementoituvan hoidon polulla. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan hoitopolku. Tampere: Tammi.

Topo, P. 2003. Teknologia dementoituneen apuna. Teoksessa Eloniemi-Sulkava, U., Kotilainen, H., Topo, P. & Virkkola, C. Dementiakoti - Koti hyvää elämää varten. Kuopio: Kuopion liikekirjapaino.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Vaajakoski: Gummerus ja Stakes.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. 10. uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vallejo-Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U.-M., Pyykkö, V. & Kivelä; S.-L. 2006. Vanhusten hoito. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2008. 2 painos. Vanhuus ja hoidon etiikka. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

Vehniäinen, E. 2009. Viriketoiminta dementoituneen potilaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa - hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Viitattu 2.2.2015. [http://www.med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit\\_2009/Vehniainen.pdf](http://www.med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2009/Vehniainen.pdf)

Viitanen, M., Pöyhönen, M., Roine, S., Tuisku, S., Kalimo, H. & Baumann, M. 2010. CADASIL. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Porvoo: Ws Bookwell Oy, 198-205.

Vilkka, H. 2009. Tutki ja Kehitä. Helsinki: Tammi.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2001. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Walsh, D. 2006. Dementia Care Manual for Staff Working in Nursing and Residential Settings. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatua laitoksesta - kuntouttavan lyhytaikaishoidon haasteet. Parjanne, M- L. 2004. Riittävätkö varat dementoituvien ihmisten hoitoon? Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita.



## Kuviot

Kuvio 1 Yhteenveto muistiterveyteen liittyvistä elintapatekijöistä .....	9
Kuvio 2 Opinnäytetyön eteneminen .....	30
Kuvio 3 Viriketuokioiden jaksotus osastoittain .....	34
Kuvio 4 Esimerkki aineiston luokittelusta.....	37
Kuvio 5 Opinnäytetyön tuloksia.....	40

## Liitteet

Liite 1 Saatekirje ja kysely .....	59
Liite 2 Saatekirje ja seuranta- ja viriketuokion arviointilomake .....	62
Liite 3 Viriketuokion toteutus .....	65
Liite 4 Esimerkki aineiston luokittelusta.....	67

## Liite 1. SAATEKIRJE JA KYSELY

Hyvä vastaaja!

Päivitämme sairaanhoitajan tutkintoamme AMK-tutkinnoksi Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjan kampuksella. Teemme opinnäytetyön aiheesta ”Virikkeitä muistiterveyden ylläpitämiseen”.

Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutetaan kahdessa erillisessä vaiheessa laadullisen tutkimuksen keinoin. Ensin selvitetään Hopearinteen viriketoiminnan nykytilaa. Toisessa vaiheessa halutaan selvittää henkilökunnan kokemuksia viriketoiminnasta ja viriketoiminnan vaikutuksia asukkaisiin musiikin, muistelun ja lusikkajumpan kautta. Opinnäytetyön tarkoitus on siis selvittää, mikä on kohdeorganisaation viriketoiminnan lähtötilanne eli millaista viriketoimintaa on järjestetty Vihdin Vanhainkötisäätiön palvelutalo Hopearinteessä. Toisen vaiheen tarkoituksena on kerätä tietoa hoitohenkilökunnan kautta viriketoiminnan vaikuttavuudesta, kun viriketoimintana on musiikkia, muistelua ja lusikkajumppaa. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta viriketoiminnan vaikutuksista sekä eri käyttömahdollisuuksista ja innostaa henkilökuntaa hyödyntämään virikkeitä. Tarkoituksena on myös selvittää, minkälaista merkitystä viriketoiminnalla on asukkaiden ja henkilökunnan arjessa.

Työ toteutetaan kahdessa osassa. Tässä ensimmäisessä osassa kartoitetaan siis osastonne asukkaille suunnattua viriketoimintaa ja mahdollisia kokemuksianne siitä. Toisessa osassa tulaa tarkastelemaan viriketoimintaa ja sen vaikutuksia asukkaaseen muutaman erillisen virikkeen kautta.

Toivomme, että vastaat kyselyyn rehellisesti ja mahdollisimman aidosti, juuri niin kuin ajattelet viriketoiminnan vaikuttavan muistiterveyteen. Kokemuksesi asiasta antaa meille arvokasta tietoa ja olet samalla kehittämässä tärkeää asiaa. Jokainen vastaus on tärkeä opinnäytetyön kannalta. Vastaaminen kyselyyn on vapaaehtoista ja kyselylomakkeen täyttäminen katsotaan suostumukseksi. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Tarvittaessa voit jatkaa vastausta paperin toiselle puolelle. Täytetyn lomakkeen voit palauttaa osastolla olevaan palautuslaatikkoon. Noudamme vastauslomakkeet osastolta. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtorit Liisa Ranta ja Anne Makkonen. Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyössämme keväällä 2015. Vastaamme tarvittaessa tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Yhteistyöstä kiittäen!

Riitta Kuiro

[riitta.kuiro@student.laurea.fi](mailto:riitta.kuiro@student.laurea.fi)

Tiina Westman-Kia

[tiina.westman-kia@student.laurea.fi](mailto:tiina.westman-kia@student.laurea.fi)

1. Osasto, jolla työskentelet:

A) Ainola      B) Kotola      C) Muistola

2. Mikä on osastosi asukkaiden keski-ikä?

---

3. Kuinka monella osastosi asukkaalla on jokin muistisairaus tai muu muistiin vaikuttava sairaus (lukumäärä)?

---

4. Mitä on mielestäsi viriketoiminta?

---

---

---

---

---

5. Kuvaile millaista viriketoimintaa on tällä hetkellä osastollasi?

---

---

---

---

---

6. Miten toteutat viriketoimintaa työssäsi?

---

---

---

---

---

7. Minkälaista merkitystä viriketoiminnalla mielestäsi on?

---

---

---

---

---

8. Onko nykyinen viriketoiminta säännöllistä?

A) On

B) Ei

Jos ei ole, niin miksi ei?

---

---

---

---

---

9. Onko viriketoiminta tasapuolista kaikille asukkaille?

A) On

B) Ei

Jos ei ole, niin miksi ei?

---

---

---

---

---

Kiitos vastauksistasi!

## Liite 2. SAATEKIRJE JA VIRIKETOIMINNAN SEURANTA- JA ARVIOINTILOMAKE

Hyvä vastaaja!

Päivitämme sairaanhoitajan tutkintoamme AMK- tutkinnoksi Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjan kampuksella. Teemme opinnäytetyön aiheesta ”Virikkeitä muistiterveyden ylläpitämiseen”.

Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutetaan kahdessa erillisessä vaiheessa laadullisen tutkimuksen keinoin. Ensin selvitettiin Hopearinteen viriketoiminnan nykytilaa. Tässä toisessa vaiheessa halutaan selvittää henkilökunnan kokemuksia viriketoiminnasta ja viriketoiminnan vaikutuksia asukkaisiin musiikin, muistelun ja lusikkajumpan kautta. Opinnäytetyön tarkoitus on siis selvittää, mikä on kohdeorganisaation viriketoiminnan lähtötilanne eli millaista virike-toimintaa on järjestetty Vihdin Vanhainkötisäätiön palvelutalo Hopearinteessä. Toisen vaiheen tarkoituksena on kerätä tietoa hoitohenkilökunnan kautta viriketoiminnan vaikuttavuudesta, kun viriketoimintana on musiikkia, muistelua ja lusikkajumppaa. Tavoitteena on lisätä tietoisuutta viriketoiminnan vaikutuksista sekä eri käyttömahdollisuuksista ja innostaa henkilökuntaa hyödyntämään virikkeitä. Tarkoituksena on myös selvittää, minkälaista merkitystä viriketoiminnalla on asukkaiden ja henkilökunnan arjessa.

Toivomme, että täytät viriketoiminnan seuranta- ja arviointilomakkeen aina kun viriketoimintana on ollut musiikkia, muistelua tai lusikkajumppaa. Vastaa rehellisesti ja aidosti, juuri niin kuin ajattelet viriketoiminnan vaikuttavan asukkaiden muistiterveyteen. Kokemuksesi asiasta antaa meille arvokasta tietoa ja olet samalla kehittämässä tärkeää asiaa. Jokainen täytetty lomake on tärkeä opinnäytetyön kannalta. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja lomakkeen täyttäminen katsotaan suostumukseksi. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja niin ettei yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa. Tarvittaessa voit jatkaa vastausta paperin toiselle puolelle. Täytetyn lomakkeen voit palauttaa 31.1.2015 mennessä osastolla olevaan palautuslaatikkoon, joka noudetaan osastolta.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtorit Liisa Ranta ja Anne Makkonen. Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyössämme keväällä 2015. Vastaamme tarvittaessa tutkimukseen liittyviin kysymyksiin.

Yhteistyöstä kiittäen!

Riitta Kuiro  
[riitta.kuiro@student.laurea.fi](mailto:riitta.kuiro@student.laurea.fi)

Tiina Westman-Kia  
[tiina.westman-kia@student.laurea.fi](mailto:tiina.westman-kia@student.laurea.fi)

## Viriketoiminnan seuranta- ja arviointilomake

1) Osasto:
A) Ainola
B) Kotola
C) Muistola

2) Päivämäärä	3) Kellonaika
4) Toimintamuoto:	5) Toiminnan kesto
A) Musiikki	
B) Muistelu	
C) Lusikkajumppa	

6) Viriketuokioon osallistuneet asukkaat (lukumäärä):
7) Monellako heistä on diagnosoitu muistisairaus?

8) Viriketuokion toteutusmenetelmä (kuvaile pitämäsi viriketuokio):

9) Havainnot asukkaiden osallistumisesta:

10) Havaintojasi viriketuokion vaikutuksista:

---

---

---

---

11) Oma kokemuksesi viriketuokiosta (sekä asukkaan että henkilökunnan kannalta):

---

---

---

---

---

---

---

---

12) Viriketoiminnan kehittämisehdotuksia:

---

---

---

---

Kiitos vastauksistasi!



### Liite 3. Viriketuokioiden toteutus

#### Musiikki

Musiikkituokion toteutus:

- Oheisesta laatikosta löytyy mm. CD-levyjä
- vetäjä voi itse valita, kuunnellaanko musiikkia vai lauletaanko vai tehdääkö molempia
- vetäjä voi myös valita, minkälaista musiikkia kuunnellaan tai lauletaan opinnäytetyön tekijöiden toimittamasta materiaalista tai osaston omia materiaaleja hyödyntäen
  - Kuunnellaan cd-soittimen kautta vanhaa iskelmämusiikkia ja ikivihreitä kappaleita
  - Lauletaan nuoruudesta tuttuja lauluja ja virsiä
- Tuokion kesto 10 -30 minuuttia
- Tuokion jälkeen täytä seuranta- ja arviointilomake (löytyy laatikosta)!

Kiitos!

#### Muistelu

Muistelutuokion toteutus:

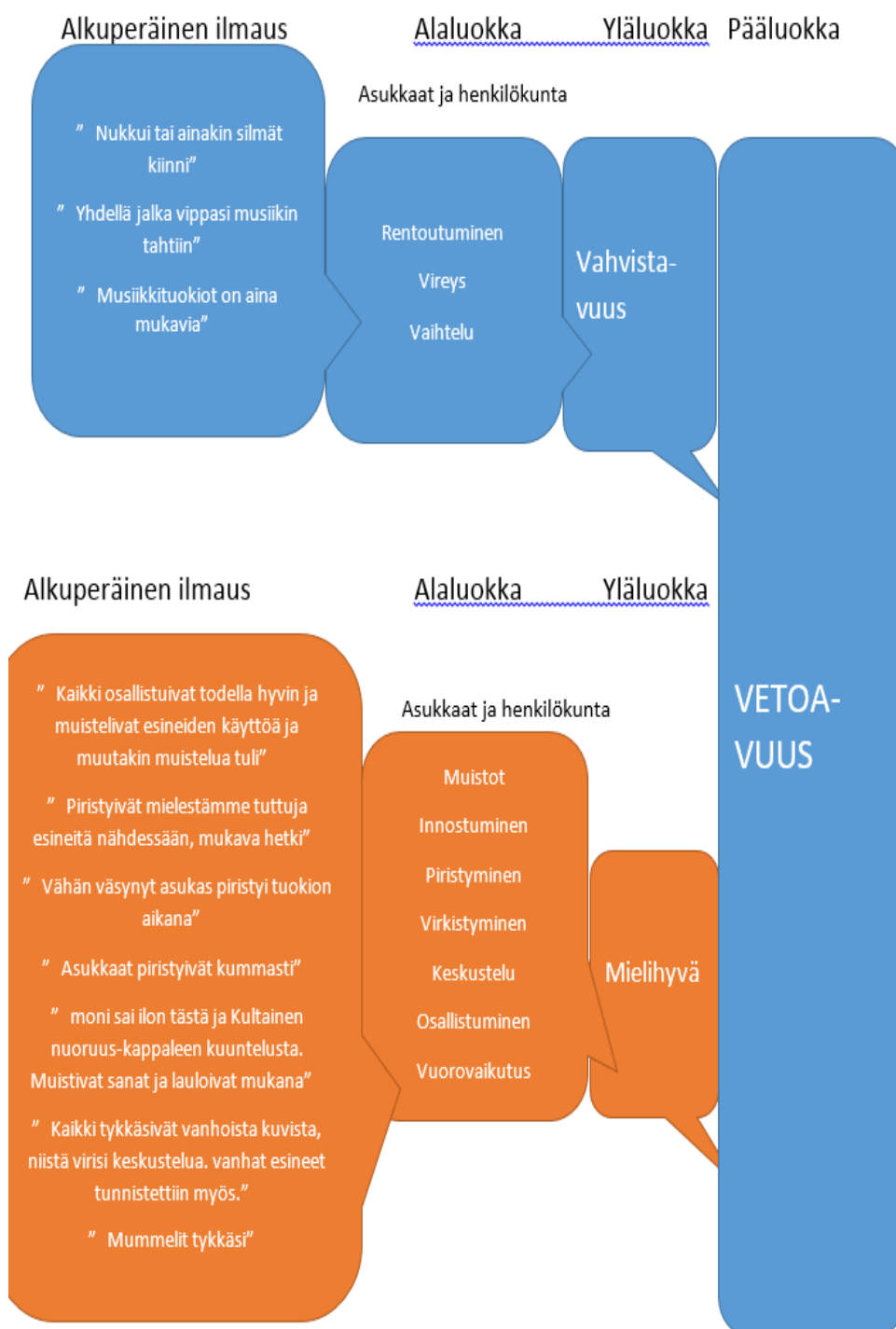
- Oheisesta laatikosta löytyy vanhoja kuvia, valokuvia ja esineitä (esim. kuvia heinätoista ja soutilusta, sormustin, vanha silitysrauta) sekä cd-levy sisältäen "Kultainen nuoruus"-kappaleen sekä laulun sanoja
- Tuokio alkaa joka kerta "Kultainen nuoruus"-kappaleen tahditamana
- Sen jälkeen katsellaan vanhoja kuvia tai esineitä ja keskustellaan niistä sekä niiden herättämistä muistoista
- vetäjä voi itse valita millaisia kuvia tai esineitä katsellaan opinnäytetyön tekijöiden toimittamasta materiaalista tai osaston omasta materiaalista
- Tuokion kesto 15-30 minuuttia
- Tuokion jälkeen täytä seuranta- ja arviointilomake (löytyy laatikosta)!
- Kiitos!

### Lusikkajumppa

Lusikka suuhun -jumpan toteutus:

- Oheisesta laatikosta löytyy "Minun kultani"-laulun sanat sekä jumppa-ohjeet
- Ennen **lounasruokailua** pidetään jumppatuokio, jossa asukkaat pöydän ääressä istuen jumppaavat yläraajoja
- Tuokion kesto noin 10-15 minuuttia
- Tuokion jälkeen täytä seuranta- ja arviointilomake!
- Kiitos!

#### Liite 4. Esimerkki aineiston luokittelusta:



## Alkuperäinen ilmaus

Asukkaat ja henkilökunta:

- " Yksi asukas oli mukana koko ajan ja lauloikin mukana"
- " Yksi yritti olla mukana, yksi vain kuunteli ja naureskeli"
- " Yksi asukas osallistui koko ajan ja onnistuikin"
- " Yksi yritti, mutta onnistui jotenkin"
- " Toinen rummutti sormilla pöytään ja oli sillä tavalla mukana"
- " Kaikki tykkäsivät"
- " Mukava tuokio, josta jäi kaikille hymy kasvoille"
- " Yksi asukas hymyili koko ajan"
- " Tuntui, että kaikki tykkäsivät, vaikka eivät jumppaan osallistuneetkaan"

Alaluokka Yläluokka Pääluokka

Asukkaat ja henkilökunta:

Aktiivisuus  
Onnistumisen  
kokemukset  
Yhteisöllisyys

Yhdessä  
toimiminen

Tuotteli-  
aisuus

VETOA-  
VUUS